



**ISPA**  
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO  
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

CONTRIBUTOS DO MODELO “EMPOWERMENT - COMUNIDADE” PARA A  
MUDANÇA TRANSFORMATIVA NA SAÚDE MENTAL COMUNITÁRIA: ANÁLISE  
COMPARATIVA

Maria Fátima Jorge-Monteiro

Tese orientada por Professor Doutor José H. Ornelas  
ISPA – Instituto Universitário

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Doutoramento em Psicologia  
Especialidade de Psicologia Comunitária

2015



2015

Tese apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor em Psicologia na área de especialização de Psicologia Comunitária realizada sob a orientação de Professor Doutor José H. Ornelas, apresentada no ISPA - Instituto Universitário no ano de 2015.

A presente Tese foi financiado pelo Programa Operacional Ciência e Inovação (POCI 2010) da Fundação para a Ciência e Tecnologia através de Bolsa de Doutoramento com a referência SFRH/BD/65518/2009

**FCT**

Fundação para a Ciência e a Tecnologia  
MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR

**Ciência. Inovação  
2010**

Programa Operacional Ciência e Inovação 2010  
MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR



**Palavras-chave:**

Saúde Mental, Integração Comunitária; Empoderamento; Recovery

**Key words:**

Mental Health; Community Integration Empowement; Recovery

**Categorias de Classificação da tese**

2200 Psychometrics & Statistics & Methodology

2220 Tests & Testing

2224 Clinical Psychological Testing

3300 Health & Mental Health Treatment & Prevention

3370 Health & Mental Health Services

3373 Community & Social Services



## RESUMO

A presente Tese designada *Contributos do Modelo “Empowerment-Comunidade” para a Mudança Transformativa na Saúde Mental Comunitária: Análise Comparativa* é um estudo transversal usando metodologias e técnicas mistas (quantitativas e qualitativas). A investigação assentou no pressuposto de que, adoptando processos organizacionais transformativos, as organizações comunitárias de saúde mental poderão funcionar como contextos relacionais mediadores do empowerment individual e, conseqüente facilitadores do recovery e da integração comunitária.

Com o propósito geral de avaliar os resultados da participação das pessoas com experiência de doença mental em intervenções de saúde mental consideradas transformativas foram estabelecidos três objectivos gerais: 1 - adaptar o modelo conceptual dos contextos comunitários empoderadores para os serviços de saúde mental enquanto recurso para prática da intervenção e da investigação e testar a validade de aplicação através de um estudo de caso; 2 - adaptar para a Língua Portuguesa e validar as medidas de empowerment e de recovery para a utilização no contexto da saúde mental comunitária; 3 - avaliar o impacto do modelo de intervenção: a) nos resultados individuais de empowerment, recovery e integração comunitária dos participantes e b) na implementação e envolvimento de participantes em programas com elevada orientação para o recovery, tais como a habitação independente e o emprego apoiado.

O desenho misto da investigação foi aplicado através dos seguintes instrumentos de recolha de dados: Entrevista por Questionário e a Entrevista Qualitativa que podem ser consultados no Anexo 1 e Anexo 2 da Tese. Em termos da recolha de dados, esta decorreu em cinco organizações comunitárias de saúde mental com respostas articuladas dos sectores da saúde e sector social (âmbito do DC nº 407/98), constantes numa lista de organizações filiadas na entidade representativa das organizações não governamentais (Federação Nacional das Entidades de Reabilitação de Doentes Mentais) a prestarem serviços de saúde mental na comunidade à data do estudo.

Os resultados permitiram sustentar a proposição teórica de que os programas de saúde mental na comunidade podem e devem encetar mudanças transformativas organizacionais adoptando um funcionamento empoderador e centrado na comunidade (EMP-COM), o qual tem um efeito transformativo na vida das pessoas com experiência de doença mental. As análises confirmaram também a validade das medidas de empowerment (ES-P) e de recovery (RAS-P) para a respectiva utilização no contexto português da saúde mental comunitária. A investigação realizada permitiu extrair conclusões e implicações para a prática da intervenção e da investigação no âmbito do sistema de saúde mental.

O relatório de Tese foi composto nas seguintes partes: a Introdução Geral, onde se apresenta a revisão da literatura geral organizada por temáticas dominantes (o empowerment e os contextos comunitários empoderadores, a orientação de recovery na saúde mental, a integração comunitária), os Procedimentos Gerais onde se descreve o desenho geral, os objectivos gerais); a Secção Empírica, organizada em quatro capítulos relativos às análises principais desta investigação em formato de artigo; a Discussão Geral, as Conclusões e Implicações para a Prática, e os Anexos.

## ABSTRACT

The Thesis under consideration, given the title *Contributions of the “Empowerment-Community” Model to Transformative Change in Community Mental Health: A Comparative Examination* is a cross-sectional study using a number of methodologies and procedures (both quantitative and qualitative). The research is founded on the assumption that, whenever adopting transformative organisational procedures, community mental health organisations can function as mediating relational contexts for individual empowerment and consequently, facilitators of recovery and community integration.

With the general aim of evaluating the results of participants with a history of mental illness in so-called transformative mental health interventions, three general objectives were established: 1 – to adapt the conceptual model of empowering community contexts for mental health services as a resource for intervention practice and investigation and to test the validity of its application through a case study; 2 – to adapt into the Portuguese language and to test the validity of the empowerment and recovery measures for their use in the context of community mental health; 3 – evaluate the impact of the intervention model; a) as regards the individual results of levels of empowerment, recovery and community integration among participants and b) the implementation and involvement of participants in programmes with particular emphasis on recovery, as well as independent housing and supported employment.

The mixed nature of the study was implemented using the following data collection instruments: Interview conducted by Questionnaire and a Qualitative Interview – which may be consulted in Annexes 1 and 2 of this Thesis. As for the collection of data, this took place in five similar mental health community organisations that carry out their functions for an articulated response to questions of health in the social sector (DC n° 407/98), belonging to a register of organisations affiliated with the entity representing non-governmental organisations (National Federation of Institutions for the Rehabilitation of Mental Patients) that were providing mental health services in the community, at the date of the study.

The results sustained the theoretical proposition that mental health programmes in the community can and should instigate transformative organisational change by adopting an empowering process centred on the community (EMP-COM), which would have a transformative effect on the life of people with a history of mental illness. Analyses also confirmed the validity of the empowerment (ES-P) and recovery (RAS-P) measures for their respective implementation in the Portuguese community mental health context. The extent of the investigation undertaken was sufficient to formulate certain conclusions and implications regarding the practises of intervention and investigation in the domain of the mental health system.

The main body of the Thesis was organised according to the following sections: a General Introduction, where the revision of general literature is presented, organised by theme (empowering community contexts, recovery-orientation in mental health, community integration), the procedures in which the general structure and objectives are described; an Empirical Section, organised into four chapters according to the main analyses conducted for this investigation; a General Discussion, Conclusions and Implications for Practice, and the Appendices.

### Publicações no âmbito da Tese

**Jorge-Monteiro, M. F.**, Aguiar, R., Sacchetto, B., Vargas-Moniz, M., & Ornelas, J. H. (2014). What transformation? A qualitative study on empowering settings and community mental health organizations. *Global Journal of Community Psychology Practice*, 5(1), 1-13.

**Jorge-Monteiro, M.F.**, & Ornelas, J.H. (2014). Properties of the Portuguese version of the Empowerment Scale with mental health organization users. *International Journal of Mental Health Systems*, 8(48), doi:10.1186/1752-4458-8-48.

**Jorge-Monteiro, M.F.**, & Ornelas, J.H. (in press). Recovery Assessment Scale: Testing validity with Portuguese community mental health organization users. *Psychological Assessment*.

**Jorge-Monteiro, M. F.**, & Ornelas, J. H. (under review). "What's wrong with the seed?" A comparative examination of an empowering community-centered approach to recovery in community mental health.

### Publicações e colaborações relacionadas com o âmbito da Tese

Ornelas, J., Duarte, T., & **Jorge-Monteiro, M. F.** (2014). Transformative organizational change in community mental health. In G. Nelson, B. Kloos & J. Ornelas (Eds.), *Community Psychology and Community Mental Health: Towards Transformative Change* (pp. 253-277). New York: Oxford University Press.

Ornelas, J., Aguiar, R., Sacchetto, B., & **Jorge-Monteiro, M. F.** (2012). Community-based participatory research: A collaborative study to measure capabilities towards recovery in mental health community organizations. *Psychology, Community & Health*, 1(1), 3-18. Retrieved from <http://pch.psychopen.eu/article/view/5> doi:10.5964/pch.v1i1.5

**Jorge-Monteiro, M. F.**, Henriques, V., & Ornelas, J. H. (manuscrito em preparação). Efeito da orientação para o recovery das organizações de saúde mental comunitária nos conhecimentos de recovery dos profissionais: Estudo multi-método.



À AEIPS e a todos(as) que a compõem

À minha mãe e irmã



“We don't need more people committed to programs; we need more programs committed to people. Ultimately, an ideal mental health system would concentrate on the belief that success is possible--that people can overcome their problems and live independent, productive lives in the community” (Chamberlin & Rogers, 1990)



## Índice

### Introdução Geral

Revisão de Literatura	3
1. As Intervenções empoderadoras centradas na comunidade	6
2. A perspectiva de recovery na saúde mental comunitária	14
3. Os desafios da integração comunitária para os serviços de saúde mental	19
4. Objectivos e Procedimentos Gerais	27
Referências	35

### Secção Empírica

#### Capítulo 1

[em inglês]	
What transformation? A Qualitative study of empowering settings and community mental health organizations	51
Introduction	51
Method	55
Results	60
Discussion	57
References	63
Appendix	69

#### Capítulo 2

[em inglês]	
Properties of the Portuguese version of the empowerment scale with mental health organization users	73
Background	74
Method	77
Results	80
Discussion	87
Conclusions	91
References	92

#### Capítulo 3

[em inglês]	
Recovery Assessment Scale: Testing Validity with Portuguese Community-based Mental Health Organization Users	99
Method	103
Results	107
Discussion	113
References	117
Appendix	125

## Capítulo 4

[em inglês]

“What’s Wrong with the seed?” A comparative examination of an empowering community-centered approach to recovery in community mental health

131

Introduction

131

Methods

136

Results

142

Discussion

145

References

151

Conclusão Geral

161

Referências

182

Anexos

189

Anexo 1 – Instrumentos de Recolha de Dados – Questionário

Anexo 2 – Instrumentos de Recolha de Dados – Entrevista Qualitativa

Anexo 3 – Documentos da Aceitação dos Artigos Publicados

Anexo 4 – Outputs dos Capítulos 2 e 3

Anexo 5 – Análises e Outputs do Capítulo 4

Anexo 6 – Investigação Paralela Relacionada com o Estudo

## Lista de Tabelas por Secção

### Introdução Geral e Conclusão Geral

Tabela 1 – Características organizacionais dos contextos comunitários empoderadores

Tabela 2 – Mudança transformativa na saúde mental comunitária

Tabela 3 – Desenho geral da abordagem metodológica

Tabela 4 – Grelha de análise resumida sobre a orientação para o recovery nas OSMC

Tabela 5 – Associação do recovery ou empowerment com indicadores de integração comunitária em estudos que usaram a RAS e a ES

### Capítulo 2

Table 1 – Background characteristics of participants ( $N = 213$ )

Table 2 – Model fit statistics from CFA for Portuguese version of the ES

Table 3 – Descriptives, Item-total correlation, factor loadings, Cronbach's alpha for the Portuguese version of ES

Table 4 – Person's correlations among the ES first-order latent factors and with the external variables

### Capítulo 3

Table 1 – Model fit statistics from CFA for the RAS-P

Table 2 – Descriptive, Reliability, Item-total and CFA Loadings Scores for the RAS-P

Table 3 – Person's correlations among the RAS-P first-order latent factors, and with the total scores and the external variables

## Capítulo 4

Table 1 – Background characteristics of 186 participants, by model of intervention

Table 2 – Mean differences on empowerment, recovery and community integration outcomes, by group model

Table 3 – Person's correlation coefficient among dependent and dependent variables with 186 participants

Table 4 – Proportions of participants in program activities, by group model; and outcome measures mean rank scores, by program activity

## Lista de Figuras

### Introdução Geral e Conclusão Geral

Figura 1 – Processo de empoderamento

Figura 2 – Impacto externo dos contextos comunitários empoderadores

Figura 3 – Interdependência do processo de recovery pessoal com as condições sociais

Figura 4 – Mapa do Suporte Comunitário

Figura 5 – Modelo ajustado da RAS-P com quatro factores

Figura 6 – Diferenças nas médias de integração comunitária, por grupo

Figura 7 – Diferenças nas médias de empowerment pessoal, por grupo

Figura 8 – Diferenças nas médias de recovery pessoal, por grupo

Figura 9 – Diferenças nas médias de integração comunitária, por situação habitacional

## **INTRODUÇÃO GERAL**



## Revisão de Literatura

<sup>1</sup>Internacionalmente, as políticas de desinstitucionalização, o desenvolvimento dos conhecimentos técnicos e teóricos e o fortalecimento dos utilizadores dos serviços de saúde mental, implicou a passagem das intervenções institucionais para intervenções de base comunitária, tanto ao nível do tratamento como ao nível do suporte social. De forma semelhante, as políticas de saúde mental dos países têm introduzido o princípio do *recovery*<sup>2</sup> como objectivo primordial dos sistemas de serviços de saúde mental (Anthony, 1993, 2000; O'Connell, Tondora, Croog, Evans, & Davidson, 2005; Slade et al., 2012).

À semelhança das transformações a nível mundial, também em Portugal têm sido implementadas mudanças significativas para a reestruturação do sistema nacional de saúde mental. O Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM) 2007-2016, foi publicado em 6 de Março de 2008 (RCM n.º 49/2008) é o actual instrumento de implementação de reformas na política de saúde mental que foram desenhadas pela então Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental<sup>3</sup>. O PNSM descreve que processo progressivo de passagem dos serviços de psiquiatria baseados nos hospitais psiquiátricos para serviços baseados na comunidade e integrados no sistema de saúde geral, vem desde a criação de centros de saúde mental nos anos 80, até à integração dos serviços de psiquiatria nos departamentos dos hospitais gerais. Em 1998 foi publicada a Lei de Saúde Mental em vigor (Lei n.º 36/98) com um novo foco nos direitos e definiu os princípios da organização dos serviços de saúde mental. A operacionalização dos princípios da Lei vem sendo implementada através de legislação específica. No que se refere ao âmbito desta investigação destacamos o surgimento da regulamentação provisória para a integração das respostas sociais e de saúde mental para proporcionarem cuidados integrados na comunidade a pessoas com problemas de saúde mental através do Despacho Conjunto n.º 407/98 e da Portaria 348/98. Até à passagem progressiva para o âmbito da nova lei dos cuidados continuados integrados em saúde mental (DL n.º 8/2010) a anterior legislação tem enquadrado o desenvolvimento em Portugal das respostas de suporte comunitário e de reabilitação psicossocial por diversos organismos, nomeadamente organizações não-governamentais e Instituições Particulares de Solidariedade Social, entidades que desenvolvem a tipologia de programas abrangidas pelo presente estudo.

---

<sup>1</sup> A redacção do presente relatório de Tese não seguiu as orientações do novo acordo ortográfico.

<sup>2</sup> No nosso estudo, será utilizado o termo em inglês por referência ao processo psicológico de sentido de esperança no futuro, redefinição da identidade pessoal e social, controlo sobre a vida e a doença mental, conhecido na literatura internacional como “recovery” por considerarmos que não existe fundamentação suficiente para a tradução abrangente e consensual do constructo, o que poderia reduzir e alterar o significado.

<sup>3</sup> PNSM disponível em <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/A9DDE9D6-B4B9-409E-8B84-A1705F1A101B/0/RCM482009.pdf>.

O PNSM realçando os internamentos em hospitais geral e a transição para a vida independente faz também referência à necessidade de evidência científica sobre a efectividade dos diferentes modelos de intervenção e ao papel das organizações não governamentais no desenvolvimento de respostas destinadas à integração social: apoio residencial e ocupacional, formação profissional, grupos de ajuda-mútua, centros comunitários, emprego apoiado e emprego protegido.

O relatório anual de 2012 da Carta Social<sup>4</sup> do Instituto de Segurança Social, à data da revisão teórica e recolha de dados para a presente investigação, indicava que estavam abrangidas cerca de 800 pessoas pelos programas dos centros comunitários a desenvolverem respostas suporte e reabilitação psicossocial tal como está estabelecido na regulamentação do DC n.º 407/98 e no PNSM. Esta carência de suportes contrasta com os resultados do 1.º Relatório do Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental<sup>5</sup> que indicam uma elevada prevalência de doença mental onde 1 em cada 5 pessoas reportaram uma perturbação psiquiátrica nos 12 meses anteriores ao inquérito, a segunda mais alta a nível europeu. O relatório da Carta Social mais recente, de 2013, indica que existiam serviços a funcionar em 12 de 18 distritos e que há concentração de respostas em Porto, Coimbra, Lisboa, Setúbal e Faro em detrimento das regiões do interior do país. O relatório da Carta Social refere que desde o ano de 2010 não se verificou o aumento no número de respostas nem da sua capacidade instalada com a excepção de um pequeno aumento nos centros ocupacionais. Esta descrição retrata a diminuta disponibilidade de respostas de saúde mental comunitária com potencial a promoção da participação e integração comunitária. O documento não descreve os dados numéricos mas pela análise dos gráficos, as respostas residenciais abrangem um pequeno número de pessoas e não existem apoios financeiros regulados referidos para habitação independente, pelo que as situações existentes actualmente são episódicas e dependentes dos recursos organizacionais e das famílias das pessoas com experiência de doença mental<sup>6</sup>.

Ainda assim, os sistemas de saúde mental dos países, seguindo as tendências globais das últimas duas décadas, têm-se tornado cada vez mais orientados para princípios programáticos relacionados com o recovery, inclusive os serviços psiquiátricos hospitalares

---

<sup>4</sup> Relatório da Carta Social disponível em <http://www.cartasocial.pt/pdf/csocal2012.pdf>.

<sup>5</sup> Relatório disponível em [http://www.fcm.unl.pt/main/alldoc/galeria\\_imagens/Relatorio\\_Estudo\\_Saude-Mental\\_2.pdf](http://www.fcm.unl.pt/main/alldoc/galeria_imagens/Relatorio_Estudo_Saude-Mental_2.pdf).

<sup>6</sup> No presente estudo utilizamos a expressão *pessoas com experiência de doença mental* para descrever as pessoas que recorrem e utilizam os serviços de tratamento e de suporte de saúde mental comunitários e que são habitualmente descritas na literatura de saúde mental por *pessoas com doença mental grave* ou *com desordem psiquiátrica* por coerência com o referencial teórico de empowerment adoptado.

embora em consistência com uma visão mais clínica de recovery (restabelecimento das condições de saúde e as intervenções terapêuticas como sejam a melhoria da relação, informação e revisão regular da medicação) como o observado num estudo internacional europeu envolvendo diversos actores relacionados com a tipologia de intervenção (Turton, Wright, White, & Killaspy, 2010). No entanto, mesmo os serviços de saúde mental e de reabilitação baseados na comunidade estão ainda em fase de transição da implementação de intervenções centradas na instituição para intervenções centradas na comunidade (Nelson, Kloos, & Ornelas, 2014b). Consequentemente, os serviços e programas procuram desenvolver modelos de funcionamento organizacional que influenciem os resultados esperados do *recovery*, do *empowerment*<sup>7</sup> e da *integração comunitária* nos utilizadores com doença mental (Davidson, Ridgway, Wieland, & O'Connell, 2009; Nelson, Lord, & Ochocka, 2001b; Ornelas, Duarte, & Jorge-Monteiro, 2014; Salzer & Baron, 2014; Ware, Hopper, Tugenberg, Dickey, & Fisher, 2007). Os referidos esforços de mudança têm sido descritos na literatura como transformativos porque implicam uma alteração profunda ou mesmo uma inversão de práticas a vários níveis da intervenção: dos indivíduos, dos programas e dos sistemas (Nelson, Kloos, & Ornelas, 2014a).

Baseando-se na revisão de literatura actual no domínio da saúde mental comunitária, a nossa investigação assentou na *proposição teórica* de que, adoptando processos organizacionais transformativos, *as OSMC poderão funcionar como contextos relacionais empoderadores, mediadores do empowerment individual e, consequentemente facilitadores do recovery e da integração comunitária*. Assim, tendo por enquadramento o panorama teórico-político descrito, com o propósito de aprofundamento teórico e demonstração empírica, o presente relatório de investigação foi composto nas seguintes partes: a Introdução Geral, onde se apresenta a revisão da literatura organizada por temáticas dominantes (o empowerment e os contextos comunitários empoderadores, a orientação de recovery na saúde mental, a integração comunitária, a perspectiva transformativa na saúde mental comunitária), os procedimentos onde se descreve o desenho e os objectivos gerais; a Secção Empírica, organizada em quatro capítulos relativos às análises principais desta investigação em formato de artigo; a Conclusão Geral, incluindo as limitações e implicações para a prática, e os Anexos.

---

<sup>7</sup> O termo relativo ao processo de “empowerment” ou empoderamento, porque é largamente conhecido o seu significado em literatura em Língua Portuguesa, aparecerá em inglês ou em português em conformidade com o sentido do texto.

## 1. As Intervenções Empoderadoras Centradas na Comunidade

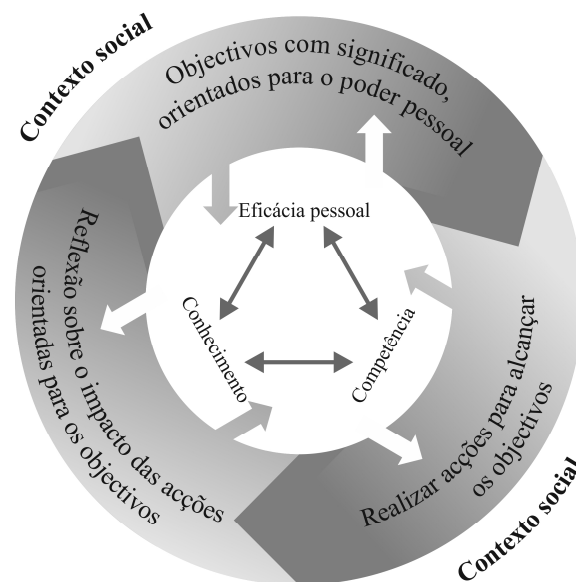
A presente investigação tem por base o referencial teórico contextualista da psicologia comunitária que privilegia a acção e a investigação que é *orientada para o empowerment e centrada na comunidade* aplicado à promoção do recovery pessoal e da integração comunitária das pessoas com experiência de doença mental, no âmbito da saúde mental comunitária. Este enquadramento e definição de propósito orientam-nos para uma perspectiva de múltiplos níveis de conceptualização, os processos individuais, o papel dos contextos mediadores e sobre o acesso aos recursos da comunidade. Deste modo, procedeu-se a uma revisão de literatura adequada à fundamentação da investigação que, em concreto, viesse responder às necessidades de saber: *Como captar o contexto, valores, características e funcionamento das organizações de saúde mental comunitária? Como avaliar a sua eficácia para os respectivos utilizadores* (em termos dos resultados)?

Neste estudo, o *empowerment* (ou empoderamento) assumiu a centralidade sendo simultaneamente considerado o processo e o resultado fundamental para alcançar a necessária mudança transformativa na saúde mental. O princípio do *empowerment* na psicologia comunitária é o elemento transformador central em processos de mudança (Aber, Maton, & Seidman, 2011) porque consiste no aumento do *poder relacional* de grupos populacionais socialmente desfavorecidos (Rappaport, 1987), abrangendo o sentido de controlo, a influência e os direitos sociais das pessoas, o qual é fundamental no sentido de recovery pessoal e, porque é *orientado para os ários níveis* nos contextos comunitários (Zimmerman, 2000), o que também é fulcral para o processo de integração comunitária.

O conceito de empowerment, apareceu na literatura da psicologia comunitária, inicialmente impulsionado pelos trabalhos e pela visão paradoxal de Julian Rappaport sobre os problemas sociais e políticos que afectam os indivíduos (Rappaport, 1981). O autor considera que, habitualmente as intervenções destinadas a solucionar um problema concreto, criam novas circunstâncias que irão gerar elas próprias, outros problemas ou desafios novos (Rappaport, 1981). Isto acontece porque a visão de mudança foca quase sempre um caminho apenas, um grupo, uma solução, em vez de procurar integrar uma diversidade de opções, incluir os vários indivíduos relacionados de forma participada, a vários níveis da comunidade ou das políticas. Este cientista viu no empoderamento dos indivíduos, grupos ou comunidades, o processo vital para contrariar a desigualdade e a discriminação no acesso e participação comunitária de muitos grupos da população, e entre eles, as pessoas com experiência de doença mental (Rappaport, 1993; Rappaport & Simkins, 1991).

A ausência de sentido de poder nos indivíduos (não-empoderamento), pode reflectir-se na baixa expectativa de que a pessoa será incapaz de alterar ou influenciar os acontecimentos na sua vida. Kieffer (1984), que realizou um dos primeiros trabalhos qualitativos de envergadura sobre o desenvolvimento do processo de empowerment, identificou quatro etapas principais (Entrada, Evolução, Incorporação, Compromisso) e resumiu que o empowerment pode ser descrito como “a passagem de um indivíduo sem esperança para um cidadão assertivo e eficaz”. O empowerment relaciona-se com uma alteração do controlo pessoal face aos acontecimentos e com o acesso aos recursos organizacionais e comunitários, não se trata de um *poder sobre* mas principalmente de um *poder para* alcançar ou realizar (Cattaneo & Chapman, 2010; Chamberlin, 1997; Lord & Hutchison, 1993).

Figura 1- Processo de Empoderamento



Fonte: Cattaneo e Chapman, 2010

A investigação recente realizada por Cattaneo, Calton, and Brodsky (2014) trouxe uma importante actualização do conceito de empowerment pessoal para a prática e para a investigação em psicologia clarificando que devem ser considerados processos de empowerment individual apenas os que têm como propósito ou resultado o estabelecimento de objectivos que pressupõem o *ganho do poder* (potencialidade) relacional através de uma actuação intencional em direcção a esses objectivos e a expansão da consciência individual acerca do impacto dessa acção em si próprio(a) e no ambiente envolvente (ver Figura 1). Tendo por base a descrição apresentada sobre o processo, o empowerment individual nas pessoas com experiência de doença mental deve ser avaliado em termos do aumento do seu

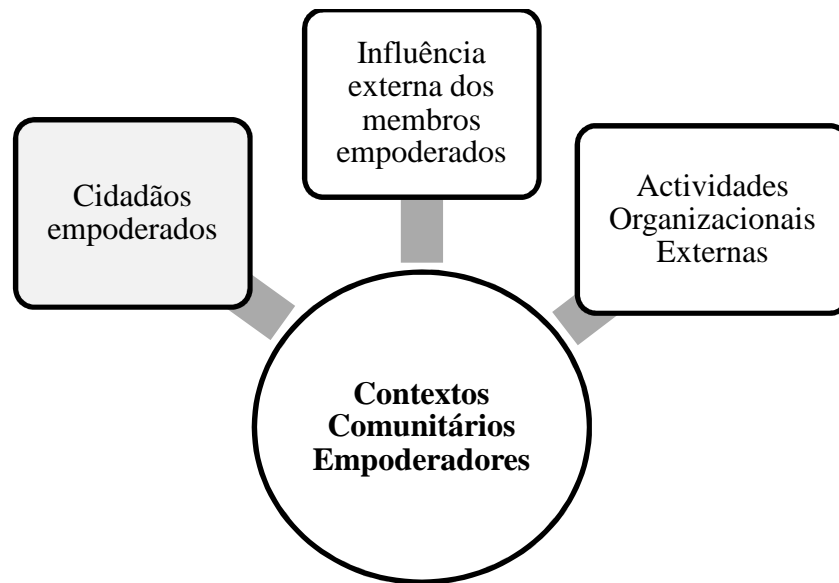
*poder para* participar, influenciar ou contribuir para os contextos de vida da comunidade. Então, o empowerment refere-se a uma prática e a uma consciência que decorre dessa prática ou experiência, não o contrário, um traço psicológico que dá origem a uma acção individual.

A investigação de base comunitária também adicionou evidência empírica que deu suporte ao papel mediador do empowerment organizacional e comunitário em termos do empowerment psicológico ou individual (Itzhaky & York, 2000; Kloos, 2000; Maton, 2008; Nelson et al., 2001b; Trickett, 2011; Zimmerman, 1995, 2000). A importância do empoderamento para a prática (intervenção ou investigação) é que se trata de um princípio de acção “focado no contexto” em vez de ser “focado no indivíduo”. A abordagem da psicologia comunitária interpreta perfeitamente a essência do conceito do empowerment. Os programas não são desenhados “centrados na pessoa” mas centrados na relação da pessoa com o contexto, na interdependência necessária entre ambos para que exista mudança sustentada a vários níveis (pessoal, grupal ou social) (Maton, 2000). As organizações comunitárias podem ser recursos importantes enquanto estruturas mediadoras do empowerment pessoal pois é através delas (educativas, locais de trabalho, associações de cultura, de recreio, de cariz político ou cívico) que os indivíduos podem encontrar oportunidades e realizar experiências de crescimento pessoal, consciência crítica, estima, eficácia, conhecimento, informação, competências, entre outros ganhos, que estão relacionados com o incremento do seu poder relacional para ser ou ter oportunidades de realização dos seus objectivos (Trickett, 2011) e até de justiça social ou de redescoberta, a qual podemos equipar a um estágio de recovery pessoal (Andresen, Oades, & Caputi, 2003; Kieffer, 1984; Rappaport & Simkins, 1991).

Em paralelo, a literatura sobre os contextos comunitários empoderadores (Aber et al., 2011; Maton & Brodsky, 2011) é sólida e a evidência científica sistematizou as respectivas componentes em características organizacionais, mediadores psicológicos, categorias organizacionais com impacto no desenvolvimento individual e também no melhoramento da comunidade. Os seis factores básicos do modelo são os seguintes: 1) um Sistema de Valores que inspire mudanças a vários níveis de análise, baseado nas potencialidades e orientado para objectivos de acção; 2) um conjunto de Actividades Centrais que deverão ser mobilizadoras, com padrões de qualidade elevada, e que impliquem aprendizagem activa; 3) um Ambiente Relacional que proporcione suportes com significado e o sentido de comunidade; 4) uma Estrutura de Papéis baseada na acessibilidade e que coloque desafios de oportunidades; 5) uma estrutura de Liderança que seja inspiradora, partilhada e comprometida; 6) uma dimensão de Manutenção e Inovação baseada no desenvolvimento da capacidade organizacional,

estabelecendo ligações e com impactos com outros ambientes externos na comunidade (ver Figura 2 e Tabela 1). Estes factores principais são compostos por sub-dimensões tendo por base investigação qualitativa de tipo indutivo realizada junto de diversas organizações de base comunitária consideradas empoderadoras em áreas tão distintas como os jovens, organizações de direitos das mulheres ou de ajuda-mútua (Maton, 2008; Maton & Salem, 1995).

Figura 2 – Impacto externo dos contextos comunitários empoderadores



Fonte: Maton, 2008

Segundo Maton (2008), um ambiente comunitário para ser empoderador tem que apresentar nas suas características *processos e resultados* empoderadores (impactos), ou seja, devem estar presentes dimensões do empowerment organizacional (participativos e de influência objectiva) e resultados de empowerment nos membros da organização e também impactos fora da organização, através do efeito radiador dos membros empoderados nos outros ambientes ao redor, o que é congruente com a definição dada anteriormente por Cattaneo and Chapman (2010) sobre a reflexão e impacto das acções individuais no processo de desenvolvimento do sentido de empowerment pessoal, por exemplo. No modelo dos contextos empoderadores, os mediadores psicológicos são de três ordens: *emocionais*, *relacionais* e *instrumentais*. No caso dos mediadores *emocionais* encontram-se as características relacionadas com a motivação, a eficácia e a consciência crítica (“awareness”). Os *relacionais* abrangem o sentido de pertença e as formas de ajuda mútua entre os membros e, nos mediadores *instrumentais*, considerados fulcrais dos ambientes empoderadores, estão os desafios e o desenvolvimento das competências correspondentes, o envolvimento a vários níveis do contexto e o desempenho de novos papéis sociais com significado social e

organizacional. O referencial dos contextos empoderadores tem um potencial de aplicação vasto para a prática junto de diversos grupos populacionais e ambientes e também aos diferentes níveis de análise (indivíduos, programas e sistema).

Por exemplo, no nosso caso de aplicação à saúde mental comunitária, como será detalhado na Secção Empírica da Tese, e no que se refere aos *processos* organizacionais de empowerment, pudemos observar qualitativamente as características organizacionais dos contextos tendo por base o referencial e os resultados em termos de actividades e influência nos ambientes externos. Contudo, estas observações também poderão ser captadas quantitativamente através de grelhas de observação, por exemplo. No que se refere aos *resultados* de empowerment nos indivíduos, optámos por observar quantitativamente esses efeitos dos serviços nos seus utilizadores, mas poderíamos observar também os resultados empoderadores para outros participantes, tais como os profissionais, ou quanto ao tipo ou número de actividades centradas na comunidade (importantes para a integração comunitária, por exemplo). Em termos de mudança social, através do uso do referencial de Maton (2008) também se poderão observar os resultados de impacto gerado a vários níveis ecológicos na alteração das condições sociais da participação das pessoas com doença mental (como por exemplo, no acesso ao emprego, à habitação, aos contextos educativos, da participação cívica, entre outros) ou nas políticas de saúde mental.

O estudo de Jorge-Monteiro, Aguiar, Sacchetto, Vargas-Moniz, and Ornelas (2014), que é parte integrante da presente investigação (ver Capítulo 1), propôs uma adaptação do modelo dos contextos comunitários empoderadores para as organizações de saúde mental comunitária (ECS-CMHO) tendo por base uma revisão de literatura e subsequente validação através do estudo de caso com uma análise qualitativa temática das entrevistas realizadas a vários níveis organizacionais (utilizadores, técnicos, coordenação de serviços e Direcção) de uma organização cujas características relativas ao empowerment e integração comunitária se encontravam descritas na literatura (Ornelas et al., 2014; Ornelas, Vargas-Moniz, & Duarte, 2010). A análise centrou-se nas componentes organizacionais principais (assinaladas a sombreado na Tabela 1). As duas componentes de ordem superior do modelo, liderança e manutenção - inovação, não foram adaptadas nesta investigação no artigo de Jorge-Monteiro et al. (2014), porque exigem instrumentos adicionais de observação empírica ou junto de outros participantes, nomeadamente, junto de representantes dos contextos extra-organizacionais. A proposta de adaptação do modelo para a saúde mental comunitária encontra-se disponibilizada em Apêndice ao Capítulo 1 da Tese.

Tabela 1 – Características organizacionais dos contextos comunitários empoderadores

<b>Sistema de Valores</b>	<b>Actividades Centrais</b>	<b>Ambiente Relacional</b>	<b>Estrutura de Oportunidade de Papéis</b>	<b>Liderança</b>	<b>Manutenção &amp; Inovação</b>
<i>Inspirador da mudança</i>	<i>Cativantese mobilizadoras</i>	<i>Sistema de suporte</i>	<i>Universal</i>	<i>Inspiradora</i>	<i>Focado na aprendizagem</i>
Objectivos notáveis Processos claros	Com significado Congruentes	Multiplos domínios Multiplas fontes	Vários papéis Multiplos níveis	Visão Modelo de referência	Adequação Adaptive
<i>Baseado nas potencialidades</i>	<i>Aprendizagem activa</i>	<i>Relações afectivas</i>	<i>Acessíveis</i>	<i>Talentosa</i>	<i>Mecanismos de Ligação</i>
Todos têm capacidade Membros são recursos	“Feedback” Reflexão	Pares Mentores	Desafios vários Encorajadora	Interpessoal Organizacional	Diversidade Conflito
<i>Para além do “Self”</i>	<i>Qualidade</i>	<i>Sentido de comunidade</i>	<i>Multi-funcional</i>	<i>Partilhada</i>	<i>Ligações Externas</i>
Visão partilhada Propósito alargado	Conteúdo Relações	Dentro do “setting” For a do “setting”	Usa e cria competências Voz, influência	Multiplos líderes Aberta à expansão <i>Comprometida</i> Com o “setting” Com os membros <i>Empoderada</i> Autonomia Recursos	Recursos Parceiros

Fonte: Maton, 2008; Maton & Brodsky, 2011.

Os primeiros contributos da ligação entre o empoderamento e a saúde mental comunitária (SMC) têm mesmo origem no movimento social dos direitos civis das pessoas com experiência de doença mental que viram no processo de empowerment o elemento transformativo para as próprias vidas (Chamberlin, 1978, 1984; Chamberlin & Rogers, 1990; Fisher, 1994; Ridgway, 2001). A investigação qualitativa e testemunhos publicados pelas pessoas com doença mental acentuaram também a ligação entre o empowerment e o recovery pessoal (Davidson, Sells, Songster, & O'Connell, 2005; Lord & Hutchison, 1993; Randall & Salem, 2005; Young & Ensing, 1999).

Em resultado da relevância do empowerment na saúde mental, houve a necessidade de desenvolver medidas específicas para captar os processos de empowerment pessoal relacionados com a experiência e circunstâncias das pessoas com experiência de doença

mental (Corrigan, Faber, Rashid, & Leary, 1999; Rogers, Chamberlin, Ellison, & Crean, 1997). O desenvolvimento de medidas que abarquem os constructos relacionados com os resultados transformativos propostos pelas políticas de saúde mental (o empowerment, o recovery e a integração comunitária) é um objectivo relevante na actualidade da prática da investigação na SMC. Desse modo, poderemos conhecer e avaliar a eficácia dos serviços nesses termos concretos. Assim, para avaliar o impacto das intervenções nos utilizadores de serviços em termos de empowerment pessoal, a presente investigação envolveu a adaptação e validação da versão curta da “Empowerment Scale” criada por Rogers, Ralph, and Salzer (2010) junto de participantes portugueses que utilizam os serviços de saúde mental na comunidade, pelo que é possível conhecer os detalhes do estudo de validação no Capítulo 2 deste relatório (Jorge-Monteiro & Ornelas, 2014a).

A introdução do conceito de empowerment enquanto elemento transformativo na saúde mental tem estado portanto presente na literatura científica nas últimas décadas ao nível dos resultados individuais (Corrigan, 2002; Corrigan & Garman, 1997; Nelson, Lord, & Ochocka, 2001a; Rogers et al., 1997) mas assumiu uma expressão programática e contextual mais acentuada em termos dos objectivos organizacionais com os trabalhos de Nelson et al. (2001b) que propuseram um modelo de funcionamento assente no paradigma “empowerment-community integration”. Segundo os autores, o modelo *empoderamento – comunidade* (EMP-COM), tem como objectivo principal a integração nos ambientes naturais da comunidade em vez da separação das pessoas no sistema de serviços de saúde mental. Nelson et al. (2001b) salientaram também que o paradigma tem subjacente três princípios e valores, tais como: a) a participação e o empowerment de todos os participantes do contexto; b) o suporte comunitário e a integração comunitária; c) a justiça social e o acesso aos recursos sociais valorizados. A adopção de um modelo EMP-COM, permite delinear e concretizar estratégias através dos níveis políticos, organizacionais e individuais com o propósito de aumentar o envolvimento e participação das pessoas com doença mental.

### **Participação e Empowerment**

Estes valores referem-se ao processo através do qual as pessoas participam com outros (ex: em decisões e iniciativas) à medida que aumentam o controlo das suas vidas e implica que as pessoas com doença mental e as famílias tenham “*voz própria*” nas suas comunidades e na relação com o “mainstream” dos serviços de saúde mental e com os profissionais. Esta participação e empowerment devem estar presentes em todos os níveis: individuais, organizacionais, comunitários e políticos.

Este postulado reflecte os ganhos do movimento de empowerment das pessoas com doença mental, o qual tem vindo a questionar a visão assistencial e médica sobre as pessoas com doença mental e a impulsionar mudanças transformadoras no sistema e nas políticas de saúde mental. Esta visão emergente pressupõe o reconhecimento das potencialidades individuais e colectivas, e desenvolveu formas de suporte através da ajuda mútua e acções colectivas orientadas para a comunidade. O movimento de empowerment tem destacado prioridades como: habitação acessível, oportunidades de emprego, escolha nas decisões de tratamento e vida pessoal, criação de alternativas ao tratamento, combater a discriminação baseada em preconceitos, eliminação de práticas abusivas de controlo social (Carling, 1995; Chamberlin & Rogers, 1990; Davidson, Ridgway, Kidd, Topor, & Borg, 2008).

### **Suporte Comunitário e Integração**

Este princípio significa ser uma *parte reconhecida da comunidade*, não apenas estar na comunidade. Quando isso acontece, existe um enfoque na pessoa como um todo, incluindo as potencialidades, capacidade de crescimento e potencial para fortalecer a comunidade. Em termos comunitários, é pois relevante o sentimento de pertença e ligação com outros participantes da comunidade e a integração nos ambientes da comunidade em vez da segregação num sistema de serviços de saúde mental.

### **Justiça Social e Acesso a Recursos Valorizados**

Este princípio, chama à atenção para a distribuição equilibrada e justa dos recursos de uma comunidade. Neste modelo, pretende-se estabelecer ligações mais conscientes entre o pessoal e o político defendendo-se *acesso* a educação, empregos e habitações comuns disponíveis na comunidade. No paradigma de empowerment - integração comunitária, os princípios de justiça social e acesso a recursos valorizados requerem que as mudanças de políticas acompanhem outras que se entrecruzam com a igualdade e comunidade (saúde, educação, habitação e esferas económicas). Também Maton (2008) afirma que alargar o número, oferta e impacto dos contextos comunitários empoderadores assume-se como um aspecto fundamental dos esforços para reforçar a qualidade de vida e alcançar dimensões de justiça social pelos grupos da população segregados na sociedade e deste modo, contribuir para o melhoramento comunitário e mudança social. Este paradigma para a saúde mental comunitária tem vindo a ser aprofundado nas suas diversas dimensões e, na actualidade, apresenta-se como proposta de mudança transformativa (Nelson et al., 2014a), e será retomado na última secção desta revisão de literatura.

## 2. A Perspectiva de Recovery na Saúde Mental Comunitária

A emergência da perspectiva de recovery na doença mental foi consolidada através das narrativas das pessoas com doença mental bem como da publicação de investigação longitudinal que revelou que, entre metade a dois terços dos participantes, ao contrário do que era aceite até então, não apresentavam necessariamente um percurso de evolução clínica negativo ou de degradação do seu funcionamento social, mas que, apresentavam uma importante estabilidade e até melhoria do funcionamento social (Davidson et al., 2005; Deegan, 1988, 2005; Harding, Brooks, Ashikaga, Strauss, & Breier, 2005; Leete, 1989; Lovejoy, 1982). O recovery na doença mental tem tido diversos significados na literatura científica indo desde conceptualizações próximas do modelo médico relacionadas com a remissão de sintomas, gestão da doença e das necessidades de ajuda e bem-estar (recovery clínico), até ao exercício da cidadania (recovery social e cívico) (Davidson, O'Connell, Tondora, Styron, & Kangas, 2006; Williams et al., 2012).

Contudo, é cada vez mais consensual atribuir ao recovery um significado mais abrangente que não se restringe à cura ou ausência de sintomas dado pelas narrativas onde é descrito como um processo evolutivo que envolve o sentido de esperança no futuro, a redescoberta de um sentido de vida renovado, a identificação de objectivos pessoais com significado, o empowerment pessoal, sentimento de pertença e de ligação com outros membros da comunidade e, a contribuição pessoal activa para a vida da comunidade, indo pois, para além da realidade da doença mental (Jacobson & Greenley, 2001; Onken, Craig, Ridgway, Ralph, & Cook, 2007; Ralph, 2005; Young & Ensing, 1999). Segundo Duarte (2007), a experiências de tratamento, as hospitalizações, o estigma e a discriminação associada à doença mental por um lado, e por outro as experiências vividas de descoberta e fortalecimento relacionadas com o processo de recovery, constituem uma parte importante da existência das pessoas, pelo que o recovery não pode ser considerado o regresso à fase anterior à doença. De acordo com Deegan (1999), o termo *recovery* não se refere apenas à recuperação de uma doença mental em si, mas também à recuperação dos efeitos da pobreza, de uma cidadania de segunda classe, de um estigma interiorizado, dos abusos e traumas sofridos às mãos dos “profissionais de ajuda” e dos efeitos devastadores dos sistemas de saúde mental desumanizados. Embora seja um processo profundamente pessoal, deve ser sempre visto num contexto social complexo.

As conceptualizações do processo de recovery têm sido realizadas pelos vários autores tendo por base as narrativas publicadas das pessoas com doença mental e onde a ligação com

os ambientes naturais da comunidade aparecem como centrais (as redes de amigos, a família, os colegas de escola ou de trabalho, entre outros). Entre os vários modelos do processo de recovery que mais se destacam estão os modelos desenvolvidos por Young and Ensing (1999) que concebeu o recovery em três dimensões (consciência e desejo de mudança, identificação de objectivos e criação de laços e uma fase de bem-estar pessoal); por Ahern and Fisher (1999) que se baseia nos processos de suporte de pares e reparação dos direitos civis. O recovery é portanto um constructo multidimensional, e constituído por etapas chave, descrito como *não linear*, reconhecidamente com avanços e com recuos, mas com características e processos próprios que têm sido aprofundados e organizados naquilo que se designa actualmente de “estágios de recovery”, pois as experiências pessoais são muito diversas e subjectivas (Andresen et al., 2003; Corrigan, Salzer, Ralph, Sangster, & Keck, 2004; Slade et al., 2012). Deste modo, Davidson et al. (2006) defendem que se deve fazer referência ao *recovery na* doença mental e não ao *recovery da* doença mental, já que o recovery é independente da presença ou ausência de sintomas. Os autores consideram que esta designação é mais inclusiva, pois não deixa de fora ninguém e orienta os serviços para a criação de estruturas e suportes que permitam às pessoas viverem vidas completas na comunidade ajustadas às necessidades e interesses individuais.

O modelo designado “Recovery Advisory Group Recovery Model” (representado na Figura 3) e descrito por Ralph (2005), para além de identificar fases do processo (angústia, despertar, compreensão, esperança, acção e determinação) procura também reflectir a influência que as oportunidades ou as limitações dos contextos sociais têm no desenvolvimento do processo de recovery, espelhando a dimensão social do conceito de recovery na doença mental. O aprofundamento do conhecimento dos processos de recovery tornou notória a necessidade de os serviços de saúde mental darem atenção à realidade vivida pelas pessoas com doença mental e organizarem o respectivo funcionamento para apoiar os utilizadores nos seus percursos pessoais de desenvolvimento para além da doença mental. A identificação deste princípio como objectivo primordial para os serviços e para o sistema de saúde mental foi estabelecido por Anthony (1993, 2000) mas actualmente a promoção do recovery é central nas políticas de saúde mental em todo o mundo.

Nos dias de hoje as pessoas com experiência de doença mental recebem serviços especializados de uma diversidade de profissionais e de programas de suporte, sendo importante também conhecer se práticas utilizadas nos serviços de saúde mental comunitária

ou o padrão dos conhecimentos dos profissionais nesses serviços vão de encontro ao propósito da promoção do sentido de recovery entre os respectivos utilizadores.

Figura 3. *Interdependência do processo de recovery pessoal com as condições sociais*



Fonte: Ralph, 2005.

Através da revisão de literatura verificámos que foram desenvolvidas medidas de percepção para avaliar tanto a orientação dos serviços de saúde mental para o recovery (Barbic, Kidd, Davidson, McKenzie, & O'Connell, 2015; O'Connell et al., 2005; Williams et al., 2012), para medir os conhecimentos e atitudes dos profissionais sobre os processos de recovery (Bedregal, O'Connell, & Davidson, 2006) e para avaliar as experiências individuais de recovery. Ao contrário do que verificámos para as medidas de empowerment pessoal, o grande número de estudos a nível internacional utilizando as escalas de percepção do recovery individual é muito vasto tal como o número de publicações de revisões sistemáticas acerca das propriedades psicométricas dos instrumentos (Cavelti, Kvrpic, Beck, Kossowsky, & Vauth, 2012; Salzer & Brusilovskiy, 2014; Shanks et al., 2013). A presente investigação apresenta no Capítulo 3 o processo de adaptação colaborativa e de validação da versão portuguesa para um modelo de quatro factores de uma versão breve da Recovery Assessment Scale (RAS-P) para o uso no contexto da saúde mental em Portugal (Corrigan et al., 2004; Jorge-Monteiro & Ornelas, in press).

Dada a centralidade atribuída ao recovery, a investigação relacionada com a exploração das propriedades dos programas e serviços cresceu muito nas últimas décadas (Farkas, Gagne, Anthony, & Chamberlin, 2005). As práticas orientadas para o recovery foram descritas de forma abrangente como: as que encorajam a individualidade, promovem uma imagem positiva e adequada da problemáticas mentais combatendo a discriminação, focam as potencialidades, utilizam uma linguagem de esperança e de possibilidades, oferecem uma variedade de opções para o tratamento, a reabilitação e o suporte, apoiam a tomada de riscos mesmo perante a possibilidade de fracasso, envolvem os utilizadores e os familiares activamente e os demais suportes naturais no desenvolvimento e implementação dos serviços e dos programas, encorajam a participação em actividades de defesa cívica, apoiam o estabelecimento de ligações com a comunidade e o desenvolvimento de papéis sociais valorizados, interesses e actividades com significado (Duarte, 2007; O'Connell et al., 2005).

Numa investigação paralela ao âmbito desta Tese, Jorge-Monteiro, Henriques, and Ornelas (manuscrito em preparação)<sup>8</sup> realizaram uma análise transversal sobre os conhecimentos de recovery na doença mental em 72 profissionais ( $M = 3.49$ ,  $SD = .56$ ) provenientes das cinco organizações de saúde mental comunitária envolvidas no presente estudo. Os participantes foram divididos em dois grupos (recovery =1, reabilitação = 2) tendo por base os resultados de um estudo qualitativo junto de 10 profissionais (dois de cada organização) que, perante um dado pedido de apoio – a história do António – responderam com a proposta de intervenção da organização onde trabalhavam e cujos resultados indicaram a presença de uma entidade com princípios objectivos de recovery e quatro entidades numa situação mista (recovery e reabilitação, esta última com maior expressão do que a primeira). Através da análise comparativa verificaram que os conhecimentos dos profissionais sobre os processos do recovery, depois de descontados os efeitos das co-variáveis sexo e idade, foram influenciados significativamente pelo contexto da intervenção e pelo grau de escolaridade dos participantes. Os profissionais do grupo “orientação para o recovery” apresentaram valores médios mais elevados ( $M = 3.73$ ,  $SD = .54$ ) do que os profissionais do grupo “reabilitação psiquiátrica” ( $M = 3.18$ ,  $SD = .44$ ). Do mesmo modo, os profissionais com menores habilitações académicas revelaram menos conhecimentos sobre os processos de recovery do que os profissionais com habilitações académicas mais elevadas, situando-se entre  $2.53 \pm .11$  e  $3.76 \pm .47$  respectivamente, uma diferença bastante acentuada. A análise revelou também que o efeito das habilitações académicas sobre os conhecimentos não foi influenciado pelo modelo

---

<sup>8</sup> Ver Anexo 6 para detalhes adicionais do estudo de Jorge-Monteiro, Henriques & Ornelas (em preparação).

da intervenção (ou vice-versa) já que não foi encontrada interação significativa entre os dois factores. Os resultados deste estudo paralelo acrescentam evidência adicional relevante para a presente investigação acerca do efeito do contexto EMP-COM sob estudo, nas percepções individuais de recovery.

A avaliação das atitudes dos utilizadores dos serviços e dos profissionais é importante para avaliar resultados esperados e a implementação das mudanças que facilitem o recovery pessoal e a integração comunitária. O'Connell et al. (2005) referem que é importante a existência de uma “linguagem de recovery” (optimismo e expectativas positivas, valores) mas para que não seja apenas “vinho velho numa nova garrafa”, essa visão deve reflectir-se na missão dos serviços e nos procedimentos as quais, irão posteriormente manifestar-se nas percepções individuais dos respectivos utilizadores e dos profissionais. A operacionalização de princípios para além do discurso implica também que os padrões e práticas possam ser observadas, medidas e analisadas pelas organizações de forma a encorajá-las a utilizar os dados para a melhoria e desenvolvimento da mudança organizacional. Deste modo, e à medida que os modelos teóricos sobre o processo de recovery têm evoluído, simultaneamente os respectivos instrumentos de medida precisam de ser refinados de modo abarcarem toda a multidimensionalidade do constructo de recovery.

No entanto, diversos autores vêm referindo que a conceptualização de recovery na literatura, nem sempre reflecte as expectativas das pessoas sobre o exercício de papéis e de ligações valorizadas na comunidade (Davidson et al., 2009; Lloyd, Waghorn, Best, & Gemmell, 2008; Ornelas et al., 2014; Salzer & Baron, 2014). À medida que as condições sociais das pessoas com doença mental têm evoluído globalmente, novos desenvolvimentos teóricos e a respectiva avaliação, têm estimulado a re-conceptualização do conceito. São exemplo disso, as conceptualizações mais recentes sobre o recovery cívico que incorpora as dimensões sobre a cidadania, a *agency* e escolha, a conexão com pessoas e ambientes significantes ou a participação comunitária por Pelletier et al. (2015), por Ware et al. (2007) e por Kaplan, Salzer, and Brusilovskiy (2012). Davidson et al. (2009) alertaram para a falta de clareza de como é que o campo se devia transformar de modo a ser consistente com essa visão de recovery emergente. Numa era pós-institucional guiada pela visão do recovery a missão principal dos serviços de saúde mental deve ser o restabelecimento dos direitos das pessoas com doença mental grave, o qual tem falhado em modelos anteriores e afirmam que actualmente é necessário conceber a “vida na comunidade” por oposição ao pensamento de “tempo passado na comunidade”.

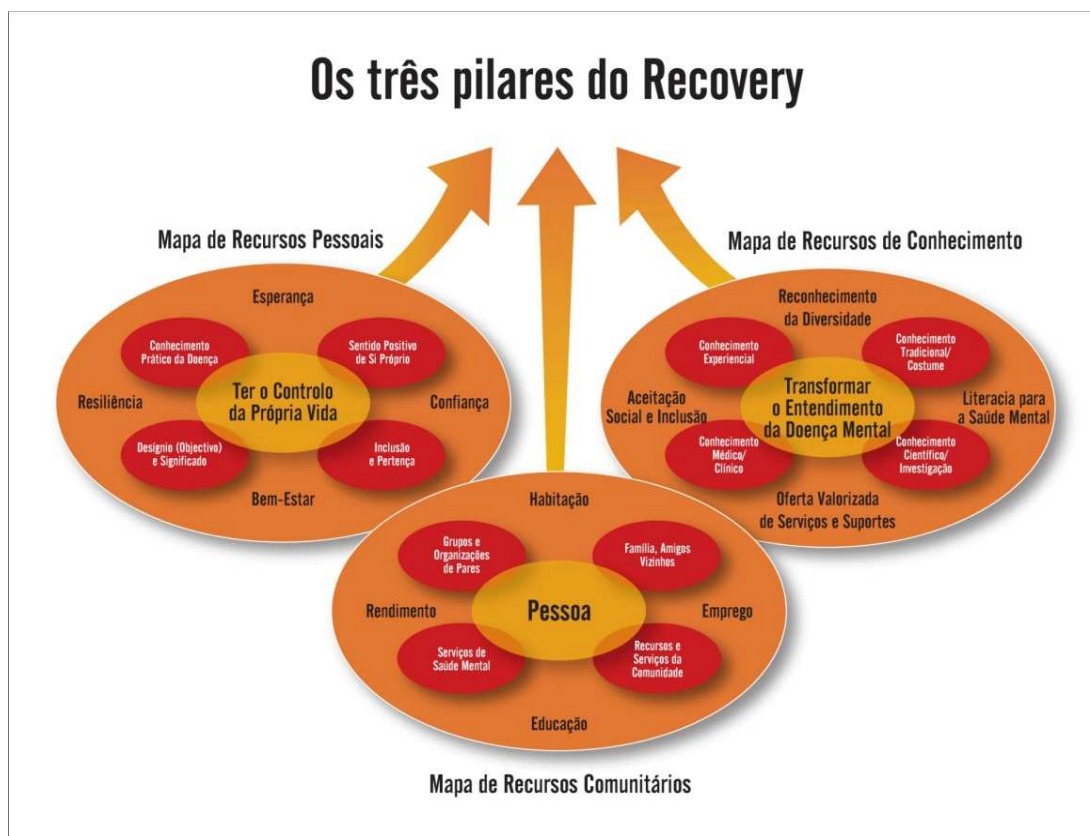
### **3. Os Desafios da Integração Comunitária para os Serviços de Saúde Mental**

Como temos vindo a observar, na perspectiva transformativa da saúde mental comunitária, o paradigma da integração comunitária é cada vez mais preponderante e orientador dos programas e serviços (Nelson et al., 2001b; Salzer & Baron, 2014; Ware, Hopper, Tugenberg, Dickey, & Fisher, 2008). A integração comunitária é conceptualizada como construto multidimensional que abrange não só a presença física das pessoas na comunidade mas também a manutenção de relações sociais com outros membros da comunidade e o desenvolvimento de um sentimento de eficácia e de pertença (Y.-L. I. Wong & Solomon, 2002). No entanto, desde que a questão da integração comunitária surgiu na literatura da saúde mental (Carling, 1990, 1995) até aos dias de hoje, considera-se que se tem evoluído pouco nesse propósito. Salzer and Baron (2014), consideram que o princípio programático do recovery trouxe alterações significativas ao sistema de saúde mental, tal como a individualização das necessidades e interesses dos seus utilizadores, atitudes positivas perante as possibilidades de melhoria na doença mental, reestruturações de serviços e práticas mas, ainda assim com impacto reduzido nas condições da vida das pessoas com doença mental. Consideram mesmo que a orientação de recovery é um paradigma que mantém referência na doença ao invés da integração comunitária que fornece uma grelha contextual dando atenção às condições que rodeiam os indivíduos.

O interesse nos processos de integração comunitária tem vindo a ser explorado na prática da saúde mental comunitária há já várias décadas. Um dos exemplos foi também o Modelo do Suporte Comunitário (Framework for Support) (ver Figura 4) que é uma proposta teórico-prática que advoga uma política de saúde mental que seja de base comunitária e orientada para o recovery com base em 3 dimensões conceptuais: Comunidade, Conhecimento, Recursos Pessoais (Trainor, Pomeroy, & Pape, 2004). Estas três dimensões são os pilares fundamentais do recovery tal como é proposto pelos autores. No modelo, o pilar da comunidade significa que toda a acção deve ser orientada para os processos reais. Revê a centralidade dos serviços de saúde mental e o tipo suportes habituais, o que implica reestruturação do funcionamento dos mesmos. Esta visão incorpora recursos não profissionais como sejam as organizações de voluntários, de utilizadores, de vizinhos, entre outras. O pilar do conhecimento oferece um espectro de perspectivas que vai para além do primado das evidências científicas. Valoriza a diversidade de informação e a experiência e o conhecimento das pessoas com doença mental numa perspectiva de parceria com os profissionais. Esta dimensão implica a reestruturação do entendimento e atitudes acerca da doença mental. O

pilar dos recursos pessoais altera o estatuto dos utilizadores como repositórios de doença para um estatuto de potencial de capacidades (de cidadão) os quais dirigem o seu próprio processo de recovery. Implica repensar a forma como as pessoas com experiência de doença mental são vistas, como elas se vêem a si próprias (identidade) e como são tidos em consideração no sistema de saúde mental (parceiros).

Figura 4 – Mapa do Suporte Comunitário



Fonte: Trainor, Pomeroy & Pape, 2004

Tendo por base investigação publicada Lloyd, Tse, and Deane (2006) afirmaram que as pessoas com doença mental são frequentemente afectadas por segregação promovida por outros membros da comunidade, inclusive profissionais de saúde mental, familiares ou empregadores pelo que é fundamental implementar estratégias de mudança nas políticas e nos programas de suporte que confrontarem eficazmente essas barreiras à integração comunitária. Igualmente, Lemaire and Mallik (2005) numa revisão de literatura encontraram diversos aspectos que criavam entraves no processo de integração comunitária, que iam desde impedimentos relacionados com a própria doença, ausência de contacto e convivência com outras pessoas sem doença mental, isolamento social, desemprego, ausência de suporte da família, até à incapacidade de resposta por parte dos prestadores de saúde mental. Observaram também que as pessoas com doença mental diferiam significativamente dos prestadores de

saúde mental quanto à percepção sobre o tipo, quantidade e gravidade das barreiras à integração comunitária com exceção da inexistência de recursos de emprego. Lloyd et al. (2006) afirmam que os profissionais podem ser favoráveis a atitudes conotadas com a orientação de recovery, contudo argumentam se estes reconhecem que as suas funções profissionais se devem estender à promoção de objectivos de inclusão social ao nível da comunidade pois os profissionais de SMC têm admitido o interesse em observar e avaliar os aspectos clínicos do recovery (os comportamentos, a sintomatologia, as competências), a qualidade de vida e o funcionamento comunitário contudo, este último tem sido o menos conceptualizado e medido (Lloyd et al., 2008).

A conceptualização da integração comunitária mais frequente na literatura são as inicialmente desenvolvidas por Aubry and Myner (1996) e Y.-L. I. Wong and Solomon (2002) que resumem os processos em três dimensões principais: 1) a integração física, que envolve a participação em actividades e a utilização autónoma de bens e serviços na comunidade; 2) a integração social composta por duas sub-dimensões a) relacional, que se refere ao em interacções sociais com outros membros da comunidade e b) rede de suporte, que se refere à dimensão e diversidade de papéis e reciprocidade e; 3) a integração psicológica, caracterizada pelo sentido de pertença a uma comunidade, ligação emocional, preenchimento de necessidades e exercício de influência. Esta conceptualização da integração comunitária tem sido mais comumente investigada na literatura em SMC no seu todo ou parcialmente para cada uma das suas componentes. Mais recentemente, outros autores sugerem também o recurso a medidas objectivas relacionadas com o emprego, tipo de habitação, a dimensão e as interacções das redes de suporte social (Y. L. Wong, Matejkowski, & Lee, 2011) e a utilização dos espaços e recursos na comunidade, como indicadores de integração comunitária (Kloos & Townley, 2011; Townley, Kloos, & Wright, 2009), os quais foram classificados por Nelson et al. (2001b) como “hard” (objectivas) por contraposição às anteriores “soft” (subjectivas).

Investigação concorrente sobre o tópico da integração comunitária no campo da saúde física e deficiência, também tem desenvolvido medidas utilizando indicadores objectivos como o “Community Integration Questionnaire” (CIQ) (Questionário de Integração Comunitária) de Willer, Rosenthal, Kreutzer, Gordon, and Rempel (1993) o qual compreende as subcategorias de “Home Integration” (Integração no Ambiente da Casa”, que abrange as actividades realizadas neste ambiente de vida; a “Social Integration” (Integração Social), que se refere às interacções sociais com outras pessoas com doença mental, família e outros sem

doença mental; e “Productivity” (Produtividade), uma subescala composta pela combinação da actividade desempenhada em termos de trabalho, estudo ou voluntariado. Os autores da presente investigação adaptaram e utilizaram esta medida de integração comunitária para a análise comparativa descrita no Capítulo 4 deste relatório pois na proposição teórica subjacente ao desenvolvimento da CIQ está uma visão da integração comunitária assente na performance efectiva de papéis nos ambientes naturais da comunidade, a qual também vai ao encontro dos interesses das pessoas com experiência de doença mental, tal como é reportado na literatura (Carling, 1995; Chamberlin, 1998; Ware et al., 2008).

Os estudos publicados sobre integração comunitária no âmbito da SMC, são principalmente relacionados com os programas de suporte habitacional destinados às pessoas com experiência de sem abrigo os quais têm sido consistentes em demonstrar valores adequados da integração física (viver *na* comunidade) e, por vezes também para a integração psicológica. No entanto, os valores da integração social aparecem frequentemente mais baixos (Aubry & Myner, 1996; Gulcur, Tsemberis, Stefancic, & Greenwood, 2007; Yanos, Stefancic, & Tsemberis, 2011) do que noutros membros da mesma comunidade sem doença mental. Yanos, Stefancic, and Tsemberis (2012) consideram que as características dos bairros e vizinhança onde as pessoas com doença mental com carências habitacionais são alojadas, são muitas vezes comunidades socialmente desfavorecidas e pouco seguras, o que na sua opinião, tem comprometido os resultados da integração social. Neste seu estudo sobre os factores de influência na integração comunitária objectiva (social), confirmaram que a longevidade ou estabilidade habitacional estava associada com melhor integração social e que os sintomas da doença não eram impedimento para a integração comunitária, pelo que os programas de suporte habitacional para as pessoas com doença mental devem desenvolver intervenções que ajudem na adaptação aos novos ambientes (Yanos et al., 2012).

Em concordância com Lloyd et al. (2006), as pessoas com experiência de doença mental encontram-se socialmente impedidas de exercer muitas realidades da vida *da* comunidade, enfrentando dificuldades para obter emprego regular na comunidade, habitação integrada em condições acessíveis, envolvimento e participação em actividades e iniciativas da comunidade, acesso à educação ao longo da vida, aos recursos financeiros e legais e, inclusive à informação sobre as opções de que podem usufruir. Estes domínios de participação na vida da comunidade foram também salientados por Bond, Salyers, Rollins, Rapp, and Zippel (2004) enquanto factores relacionados com a integração comunitária objectiva. Segundo os autores, os programas de emprego apoiado no meio regular de trabalho

ou da habitação apoiada independente têm já uma sólida base de evidência empírica enquanto facilitadores de integração comunitária (Aubry, Flynn, Virley, & Neri, 2013; Kaplan et al., 2012; Rog et al., 2014; Townley, Miller, & Kloos, 2013; Ware et al., 2007; Y.-L. I. Wong & Solomon, 2002).

O modelo de emprego apoiado tem sido considerado na literatura como o programa de suporte mais adequado às necessidades das pessoas com experiência de doença mental no que se refere à obtenção de emprego no meio competitivo tendo as seguintes características: a ênfase na escolha dos participantes; a procura rápida de oportunidades de emprego; emprego em meio competitivo (regular); trabalho de equipa colaborativo; suporte móvel nos contextos de trabalho e o suporte continuado no tempo, as quais têm vasta demonstração empírica reportada em muitos estudos de revisão (Drake & Bond, 2011). Para se ajustar às condições culturais, de filosofia ou de financiamentos, o modelo de emprego apoiado de colocação individualizada em meio competitivo, tem sofrido modificações, como seja, a limitação temporal do suporte ou no tipo de suporte prestado mas as variações do modelo não têm ainda evidência reportada sobre a eficácia na manutenção do emprego a longo prazo (Luciano et al., 2014). Deste modo, estes programas de suporte e a investigação relacionada entre estes os resultados vocacionais dos indivíduos, têm tido uma grande expansão em vários países (Bond, Drake, & Becker, 2011). Embora existam estudos que demonstram a relação do emprego com os resultados de recovery, empowerment ou integração comunitária (Corrigan et al., 1999; Lloyd, King, & Moore, 2010; Rogers et al., 2010; Wowra & McCarter, 1999), estas relações precisam ainda de ser aprofundadas em maior escala através de estudos que utilizem as novas medidas padronizadas e com amostras de participantes seleccionadas para esse objectivo.

O princípio da integração comunitária tendo vindo a assumir centralidade entre os objectivos programáticos dos serviços e programas de SMC, aparecendo o recovery como um resultado psicológico esperado ao nível individual. O recovery na doença mental é por isso, cada vez mais conotado com o restabelecimento da participação na vida da comunidade (integração) e do poder pessoal (empowerment). Alguns autores, como Ware et al. (2008), propõem que a integração social deve ser considerada, ela própria, uma medida da qualidade de vida. Ou seja, para a qualidade de vida das pessoas com doença mental, importa não só a qualidade dos ambientes físicos onde as pessoas estão, mas muito a qualidade das interacções e aquilo que estruturas e interacções podem proporcionar. Por outras palavras a qualidade de vida tem que incluir o bem-estar mas também a *agency*. Esta perspectiva foi referida por

Davidson et al. (2009) como o incremento da potencialidade das pessoas com experiência de doença mental através das opções disponíveis para a decisão e escolha para que o recovery na doença mental seja alcançado.

Considera-se que a integração social é desenvolvida através da exposição a oportunidades concretas de participação, as quais devem ser promovidas pelos serviços de saúde mental para além do propósito do tratamento, pois só através das oportunidades de integração social as pessoas podem estabelecer laços e proximidade com outros sem doença mental e com contextos fora do sistema de saúde mental e exercer a sua cidadania activamente (Ornelas et al., 2014; Ware et al., 2007). As oportunidades de integração são generativas (ao invés das competências que são performativas) em direcção ao crescimento pessoal e ao recovery. A partilha de valores e o sentido de comunidade (a integração psicológica) estão associados com interdependência e a ligação (“connectedness”) entre os membros da comunidade para o preenchimento das necessidades mútuas e para o desempenho de actividades normativas para a idade adulta de todos os cidadãos (Lloyd et al., 2006; Pelletier et al., 2015; Salzer & Baron, 2014). Lloyd et al. (2008), afirmam mesmo que para que as pessoas com doença mental não permaneçam marginalizadas socialmente e economicamente, têm que aceder às condições sociais que estão disponíveis a todos os cidadãos e, desse modo, a integração comunitária deve ser considerada um objectivo de ordem superior para os programas comunitários de saúde mental.

Nelson et al. (2014b), propuseram uma visão renovada para a prática da saúde mental comunitária que “seja assente na experiência social da doença mental” (p.4), onde os serviços, a comunidade, as condições sociais, as políticas e a própria investigação promovam inovação transformativa orientada para os processos de recovery pessoal, empowerment e integração comunitária. Os autores apresentaram extensivamente uma comparação de características entre os programas que consideram transformativos e os programas que classificam de apenas “melhoria da vida” das pessoas com experiência de doença mental na comunidade, de acordo com um conjunto de parâmetros: o quadro de referência para interpretar e analisar as situações; os valores subjacentes às políticas e aos serviços; o enfoque dos programas; os resultados esperados, o papel das próprias pessoas com doença mental e profissionais no desenvolvimento dos serviços; o conhecimento válido que é utilizado nas intervenções e sobre o papel da própria comunidade nos vários processos (ver Tabela 2).

Tabela 2 - Mudança Transformativa na Saúde Mental Comunitária

<b>Níveis Ecológicos de Análise</b>	<b>Indicadores de Mudança Transformativa</b>	<b>Estratégias de Mudança Transformativa</b>	<b>Resultados da Mudança Transformativa</b>
Serviços e Práticas	Participação das pessoas com doença mental em todos os níveis dos programas Mudanças nas atitudes dos prestadores e nas intervenções focalizadas no empoderamento	Dando suporte, criando diversas oportunidades para a participação dos utilizadores nos serviços e práticas Identificando, formando e apoiando a capacidade dos profissionais na orientação dos serviços para os utilizadores	As pessoas com doença mental desenvolvem novas capacidades e papéis na gestão de programas alternativos ou standard Os programas vão mudando através da participação dos utilizadores
Comunidade	Inclusão de vários agentes (não apenas os profissionais) no suporte comunitário Integração comunitária nos ambientes típicos da comunidade	Focando a comunidade no seu todo, não só o utilizador individual Trabalhando dentro dos ambientes típicos da comunidade para promover a integração dos utilizadores com doença mental	Diminuição do estigma Os utilizadores revelam sentido de comunidade aumentado e desenvolvem relações com outras pessoas sem doença mental
Condições Sociais	Os serviços estendem a intervenção para além do domínio clínico para responder às condições sociais (emprego, habitação) Organizações empoderadas que procuram a mudança social	Desenvolvendo programas de emprego, habitação e educação apoiada Actuação colectiva	São criados novos serviços inovadores Observadas alterações nas condições sociais
Políticas	Políticas que promovem a participação, focam o recovery e as condições sociais	Os utilizadores dos serviços e organizações comunitárias na defesa de programas	Mudanças transformativa nas políticas sociais que beneficiam os utilizadores

Fonte: Nelson, Kloos & Ornelas, 2014.

Também (Newberry & Strong, 2009), num trabalho acerca da transformação no campo da saúde mental, sublinharam a inevitabilidade de repensar o carácter dos resultados em saúde mental desde que o conceito de recovery se tornou um valor base e princípio orientador para os sistemas de saúde mental. Isto porque, até ao momento, as abordagens tradicionais sobre os impactos e benefícios para os utilizadores centram-se na monitorização da condição mental das pessoas, a qual se mede pelos níveis da sintomatologia, das taxas de re-hospitalização, acesso aos serviços e adesão ao tratamento. Ou seja, a passagem do “paradigma dos serviços” para o “paradigma do processo comunitário” exige novas abordagens de intervenção e de investigação que sejam mais contextualistas e que avaliem novos tipos de evidências. Newberry & Strong (2009), destacam aquilo a que chamam as *evidências orientadas para o empowerment* de um sistema que enfatize os resultados

relacionados com a escolha, participação cívica e empowerment, auto-determinação, acesso a recursos valorizados, integração dos utilizadores e igualdade.

Deste modo, a presente investigação pretendeu conhecer se a adopção de princípios e práticas consideradas transformativas pelas organizações comunitárias de saúde mental resulta em mudanças significativas na vida das pessoas com experiência de doença mental que recorrem aos serviços, no que se refere ao empoderamento, recovery pessoal e integração objectiva na comunidade. Na secção seguinte serão descritos os objectivos e procedimentos gerais, os quais que habilitaram a prossecução do propósito da investigação.

#### 4. Objectivos e Procedimentos Gerais

A investigação descrita neste relatório de Tese, designada “Contributos do Modelo de Empowerment-Comunidade” para a Mudança Transformativa na Saúde Mental Comunitária: Análise Comparativa” foi apoiada financeiramente por uma Bolsa de Doutoramento (SFRH/BD/65518/2009) acolhida na Unidade de Investigação Psicologia e Saúde, desenvolveu-se em parceria com um projecto sobre recovery na doença mental e promoção das capacidades, também ele apoiado financeiramente pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (PTDC/PSIPCL/113301/2009), o que trouxe vantagens mútuas ao nível do desenvolvimento conceptual, metodológico e de economia na implementação dos processos para a recolha de dados.

Tendo por base a proposição teórica enunciada anteriormente de que: *as OSMC poderão funcionar como contextos relacionais empoderadores, mediadores do empowerment individual e, conseqüentemente facilitadores do recovery e da integração comunitária*, foram estabelecidos *três objectivos gerais* para a presente investigação:

1 - adaptar o modelo conceptual dos contextos comunitários empoderadores para os serviços de saúde mental (ECS-CMHO) enquanto recurso para prática da intervenção e da investigação e; testar a validade de aplicação através de um estudo de caso;

2 - adaptar e validar as medidas de resultados de empowerment e de recovery para a respectiva utilização em Língua Portuguesa, no contexto da saúde mental comunitária;

3 - avaliar o impacto do modelo EMP-COM: a) nos resultados individuais de empowerment, recovery e integração comunitária dos participantes e b) na implementação e envolvimento de participantes em programas com elevada orientação para o recovery, tais como a habitação independente e o emprego apoiado.

Para operacionalizar os referidos objectivos gerais da Tese, o presente relatório descreve uma investigação transversal de métodos mistos organizada em quatro artigos publicados ou em revisão, os quais foram designados por capítulos neste relatório de Tese. A opção por metodologias e técnicas diversas (quantitativas e qualitativas) para triangular dados como fim em si mesmo ou, por exemplo, enquanto estratégia antecedente para sustentar decisões de um desenho para uma análise posterior em conformidade com uma perspectiva de pluralismo metodológico, especialmente acolhidas no campo da psicologia comunitária. As implicações do pluralismo metodológico são diferentes consoante se trate de integrar vários métodos num único estudo, ou diferentes estudos num mesmo programa de investigação

(Barker & Pistrang, 2005). Os estudos multi-método combinam diferentes métodos recolhendo informação qualitativa e quantitativa dos mesmos participantes para obter diversidade de perspectivas e aprofundamento, ou em diferentes fases de um estudo ou para seleccionar participantes para entrevistar qualitativamente ou para recolher dados qualitativos para depois implementar uma etapa confirmatória (Padgett, 2012).

Neste estudo, as análises qualitativas foram privilegiadas para a observação das características da orientação para o recovery dos contextos organizacionais. As análises quantitativas foram escolhidas para a descrição de participantes, para a avaliação das qualidades psicométricas das medidas e para avaliar o efeito do contexto nos resultados individuais dos participantes e para observar padrões organizacionais (envolvimento de participantes em programas orientados para o recovery). Nesta secção, é feita uma descrição geral dos procedimentos mas a descrição aprofundada das análises encontra-se aprofundada em cada um dos artigos da Secção Empírica por motivos práticos.

As etapas da investigação para os estudos qualitativos e quantitativos foram implementadas em momentos separados mas integradas temporalmente de forma a suportar as decisões analíticas sequenciais em cada etapa. O desenho do processo multi-método da investigação foi resumido na Tabela 3.

Tabela 3 – Desenho geral da abordagem metodológica

<b>Etapa Quantitativa</b>	
a) Selecção de instrumentos de recolha de dados quantitativos, adaptação b) Recolha de dados por questionário c) Validação de duas medidas (ES e RAS-P)	Amostra total com 213 participantes de 5 organizações de saúde mental na comunidade
d) Estudo comparativo sobre os resultados individuais de empowerment, recovery e integração comunitária	Amostra ajustada com 186 participantes das 5 organizações de saúde mental na comunidade
<b>Etapa Qualitativa</b>	
e) Concepção e elaboração de guiões de entrevista por tipo de participante f) Recolha de dados por entrevista	Estudo de Caso – 8 participantes de uma organização (dirigentes e coordenadores, técnicos e utilizadores)
g) Dois estudos sobre as características organizacionais	Comparativo - 40 participantes das 5 organizações de saúde mental na comunidade

Em termos dos procedimentos da recolha de dados, esta decorreu inicialmente em seis organizações comunitárias de saúde mental similares que aceitaram fazer parte do estudo<sup>9</sup> situadas na região Norte (uma), Centro (quatro) e região Sul (uma) do país indo de encontro às proporções regionais da lista de organizações filiadas na entidade representativa das organizações não governamentais a prestarem serviços de saúde mental à data do estudo, fornecida pela Federação Nacional para a Reabilitação de Doentes Mentais. As organizações identificadas deveriam estar baseadas e integradas numa comunidade, terem uma actuação com diversos programas representativos dos serviços previstos (centro comunitário/fórum e respostas residenciais) no enquadramento legislativo referido na Introdução para o desenvolvimento de serviços de suporte na comunidade (DC nº 407/98) e, eventualmente proporcionarem suporte vocacional ou de emprego, de modo que as organizações proporcionassem oportunidades equivalentes aos seus utilizadores. As organizações só com um tipo de serviço (ex: fórum ou menos do que 30 utilizadores) não foram consideradas. Neste estudo, as organizações operavam em contextos de tipo urbano porque se pretendeu que as características das comunidades onde se situavam os serviços fossem idênticas em termos de acessibilidade aos recursos, caso contrário, esse facto poderia ser um factor de influência na implementação dos programas e nas experiências das pessoas. Com o decorrer da fase de implementação, uma das organizações e os seus participantes, não foram incluídos nas análises desta investigação porque se obteve um número pequeno número de entrevistas por questionário na fase inicial de recolha, pelo que também não foram recolhidos os dados qualitativos. A investigação realizou-se então com um total de 213 participantes obtido com a recolha por questionário e com 40 participantes através da recolha por entrevista qualitativa, com proveniência de cinco organizações de saúde mental comunitária.

O processo de amostragem aleatório tradicional não foi considerado viável através das organizações participantes devido ao número limitado de utilizadores dos serviços nas OCSM (um máximo de 30 pessoas nalguns casos). De forma a compensar a escassez de programas e participantes em número suficiente para realizar as análises quantitativas propostas, foi implementada a recolha por conveniência. Os utilizadores das organizações envolvidas foram convidados por convite enviado para as organizações, afixado ou apresentado em reuniões. Os participantes enquadraram-se nas seguintes condições genéricas frequentemente observáveis nos utilizadores dos contextos deste estudo: estarem envolvidos no serviço ( $\geq 3$  meses); a idade ( $\geq 18$  anos); terem um diagnóstico de doença mental (esquizofrenia, desordem bipolar

---

<sup>9</sup> Ver Convite à participação no estudo incluído no Anexo 1.

ou depressão), percurso pessoal de tratamento ou internamentos psiquiátricos e aceitarem participar voluntariamente. Todos os participantes receberam uma compensação pelo tempo dispendido por entrevista (questionário e entrevista qualitativa), no valor de 6€ em vale de compras alimentares ou refeição. Os instrumentos utilizados, foram previamente apresentados às Direcções das respectivas OCSM que aprovaram a sua utilização e a implementação da colheita de dados.

Para a recolha de dados qualitativos, foram seleccionados aleatoriamente de forma estratificada 30 participantes (utilizadores e técnicos) e 10 de forma intencional enquanto informadores - chave (dirigentes e coordenadores). Os utilizadores dos serviços das OSMC foram seleccionados a partir da lista de respondentes na fase quantitativa (4 por organização) e de acordo com os seguintes critérios: mínimo de dois anos de envolvimento no serviço; capacidade de compreender e expressar-se em Língua Portuguesa; não se encontrar internado no momento da entrevista e obter um número equivalente de homens e mulheres. No caso dos técnicos dos serviços (2 por organização), foram seleccionados aleatoriamente a partir de listas fornecidas pelas organizações onde constavam as iniciais dos nomes e também de acordo com os critérios básicos de mínimo de dois anos de trabalho na organização; contrato a tempo inteiro. Apenas os informadores chave (2 por organização) foram intencionalmente escolhidos. Os participantes nunca foram entrevistados por colaboradores com os quais tivessem tido contacto profissional anterior. As respectivas características biográficas encontram-se descritas e sumariadas nos respectivos capítulos da Secção Empírica.

### **Instrumentos e processo de recolha de dados**

Ambos protocolos (quantitativo e qualitativo) serão descritos brevemente nesta secção mas podem também ser consultados no Anexo 1 e Anexo 2. Para a etapa de recolha quantitativa dos dados, tendo por base a revisão de literatura, procedeu-se à identificação das medidas de avaliação de resultados individuais no que se refere aos utilizadores das organizações de saúde mental, bem como aos pedidos de autorização aos respectivos autores. Os participantes no estudo responderam através do processo de auto – preenchimento, a quatro medidas principais de resultados individuais, as quais têm sólida evidência na literatura no que se refere a validade e utilidade.

## Entrevista por Questionário

O protocolo quantitativo, designado por Questionário, foi composto e organizado do seguinte modo:

- a) Convite e Consentimento Informado;
- b) Caracterização Individual (dados biográficos e contextuais - construído)
- c) Community Integration Questionnaire (CIQ) – (15 itens)
- d) Empowerment Scale (ES) – (versão reduzida de 25 itens)
- e) Recovery Assessment Scale (RAS-P) – (versão reduzida de 24 itens)
- f) Colorado Symptom Index (CSI) - (versão curta de 14 itens)

**Empowerment Scale.** Os participantes preencheram a versão portuguesa da Empowerment Scale (ES) (Jorge-Monteiro & Ornelas, 2014b; Rogers et al., 2010) que provou boa consistência interna para o total da escala ( $\alpha = .79$ ) com um modelo ajustado de 20 itens. A medida consiste em afirmações relacionadas com as experiências de empoderamento pessoal numa escala intervalar (de 1 = *discordo totalmente* a 4 = *concordo totalmente*) e tem itens recodificados inversamente para que um valor elevado na escala corresponda a uma manifestação de empowerment pessoal (análise de validação descrita no Capítulo 2).

**Recovery Assessment Scale.** A versão portuguesa da Recovery Assessment Scale (RAS-P), foi adaptada do estudo de Corrigan et al. (2004) e através dos estudos de validação demonstrou sólida validade e utilidade para o uso no contexto da saúde mental comunitária (Jorge-Monteiro & Ornelas, in press). A medida apresentou excelente fiabilidade ( $\alpha = .90$ ). Os elementos de recovery pessoal foram cotados pelos participantes numa escala de 1 a 5 pontos (1- *discordo totalmente*; 5 – *concordo totalmente*). O procedimento de adaptação do teste foi conduzido com uma metodologia de participativa (Hutchinson & Lovell, 2013) que está descrita na análise de validação apresentada aprofundadamente no Capítulo 3.

**Community Integration Questionnaire.** Esta medida da integração comunitária é composta por 15 itens foi desenvolvida por Willer, Ottenbacher, and Coad (1994). A escala destina-se a medir a participação e integração em diversos ambientes de vida: da casa (seis itens), do ambiente social relacional (cinco itens) e da capacidade produtiva (estudar, trabalhar, ser voluntário(a) adicionada à frequência em sair de casa (agregada em quatro itens agregados). A CIQ mede a participação efectiva nos contextos da comunidade e não a percepção de estar incluído na comunidade. Os autores da medida provaram também a capacidade da medida para distinguir as pessoas que vivem em diferentes ambientes

habitacionais. Os itens da CIQ são considerados pertinentes para analisar as dimensões normativas de uma vida na comunidade. As análises conduzidas nesta investigação usaram apenas o *score* total da escala ( $\alpha = .67$ ) que foi calculado como uma variável agregada (podendo variar entre um mínimo de 0 e um máximo de 29).

**Colorado Symptom Index.** Esta medida foi usada para observar os resultados dos participantes para a frequência dos sintomas da doença tal como são reportados pelos próprios (Conrad et al., 2001; Shern et al., 1994). O recurso a resultados relacionados com os sintomas permitiu, em conjunto com o reporte do diagnóstico, aferir as características da amostra enquanto grupo que se pretende estudar e também ponderar o efeito que as manifestações da doença mental possam ter tido na percepção de empowerment, recovery e integração comunitária dos participantes no estudo no caso da análise comparativa dos modelos. O CSI é uma escala breve composta por 14 itens sobre frequência de sintomas num dado período de tempo (1- *nunca*, 5- *todos os dias*). Os valores totais mais baixos equivalem ao relato de menor frequência de sintomas. A escala apresentou excelente fiabilidade em termos de consistência interna ( $\alpha = .88$ ) na utilização com a presente população.

Para reduzir os riscos de cansaço ou desistência dos participantes durante a implementação de colheita dos dados foram escolhidas medidas fiáveis mas breves para benefício do conjunto de participantes e para a utilização nos contextos da prática em saúde mental comunitária. Assegurar o envolvimento e participação das próprias pessoas com doença mental no preenchimento das medidas, foi igualmente um aspecto importante para escolha e selecção dos instrumentos respeitando os pressupostos de *agency* e controlo das próprias pessoas, já que segundo a literatura, as pessoas com doença mental são com frequência afastadas da possibilidade de dar a sua opinião e avaliar a sua própria condição. Os membros da equipa de colaboradores na recolha de dados, recebeu formação específica para a condução da colheita e instruções precisas de modo que fossem asseguradas condições e decisões idênticas com todos os entrevistados (ver Anexo 1).

A brevidade das medidas, o auto-preenchimento e ainda a relevância do conteúdo das medidas são aspectos fundamentais na condução de investigação de base comunitária (Ornelas, 2008). A adequação e relevância dos conteúdos foram muitas vezes realçadas através de expressões de satisfação das participantes relatadas pelos entrevistadores, nomeadamente acerca da possibilidade de reflectir sobre as experiências relacionadas com os processos de empoderamento e integração comunitária. A participação no estudo, segundo a nossa apreciação subjectiva, não se revelou uma experiência negativa e angustiante sobre

receios, fracassos ou perdas devido à doença mas uma experiência significativa e satisfatória, revelando, por vezes, perspectivas desafiadoras para o seu futuro.

**Desenvolvimento dos Guiões de Entrevista.** No que se refere à etapa de recolha através de entrevista qualitativa, com base na revisão de literatura descrita anteriormente, foram concebidos intencionalmente para esta investigação guiões de entrevista para três grupos diferentes de participantes nas organizações (utilizadores, técnicos e dirigentes), triangulando dados para podermos captar em profundidade as propriedades dos ambientes organizacionais envolvidos no estudo. Durante a construção dos três guiões de entrevista houve a preocupação de que os assuntos focados pelas perguntas espelhassem a grelha conceptual da presente investigação e, desse modo, terem fiabilidade suficiente para atingirem os objectivos gerais de captar a presença ou ausência das dimensões da abordagem de empowerment ao recovery e o enfoque na integração comunitária reveladas através dos vários processos e estruturas organizacionais (Anexo 2).

Os guiões de entrevista foram desenvolvidos de forma colaborativa, pois os mesmos foram previamente debatidos e revistos com um grupo de colaboradores com experiência de doença mental e um profissional de uma OSMC. Esta fase de construção requereu também uma série de sessões de trabalho para obter a versão final e com isso assegurar a validade utilidade necessária dos guiões enquanto instrumentos de recolha de dados. Os guiões apresentam questões tais como por exemplo: Quais os principais objectivos da Associação? Os valores estão definidos numa missão partilhada? Como é que a Associação responde aos objectivos/necessidades dos utilizadores? E particularmente para os utilizadores: Que actividades da Associação é que mais valoriza? Quais foram os ganhos pessoais por participar na Associação? As entrevistas foram conduzidas pessoa a pessoa por entrevistadoras treinadas nos serviços onde os entrevistados (as) se encontravam a participar e tiveram uma duração entre 30 min a 1h30 min. Os participantes da entrevista qualitativa também assinaram um consentimento e preencheram um questionário com dados biográficos. Todas entrevistas foram gravadas após respectiva autorização pelos participantes e posteriormente transcritas para serem analisadas no seu conteúdo.

Partindo do conteúdo das entrevistas qualitativas foram realizadas duas análises temáticas distintas nesta investigação (Braun & Clarke, 2006; Miles & Huberman, 1994; Padgett, 2012). A primeira relativa ao estudo de caso com a aplicação da grelha ECS-CMHO abrangendo apenas uma sub-amostra de entrevistados. A segunda análise temática focou a análise da orientação para o recovery dos cinco contextos envolvidos no estudo. Esta análise

temática recorreu também a um processo dedutivo tendo por base uma grelha de análise fundada na revisão de literatura sobre a abordagem ao recovery com base em pressupostos de empowerment e de integração comunitária (ver Tabela 4). Este quadro conceptual foi revisto debatido entre a equipa colaboradora envolvida na etapa qualitativa dando sustentação à etapa de análise dos dados procedendo-se a análise comparativa (Stake, 1995, 2005).

Tabela 4 – Grelha de análise resumida sobre orientação para o recovery nas OSMC

<b>Valores da Organização</b>	<b>Objectivos e Práticas</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valores de Recovery (identificação de objectivos, orientação para a comunidade, participação)</li> <li>• Controlo do Plano Individual pelos participantes</li> <li>• Colaboração</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Focada na integração comunitária</li> <li>• Ajustamento do serviço aos objectivos do participante</li> <li>• Envolvimento do participante a vários níveis</li> <li>• Actividades de Pares</li> <li>• Relação colaborativa</li> <li>• Diversidade de papéis sociais</li> </ul>

Os procedimentos analíticos para cada caso encontram-se descritos nos capítulos 1 e 4 nas respectivas secções metodológicas. Contudo, os procedimentos comuns foram realizados através de um processo dedutivo porque os investigadores pretendiam encontrar propriedades de empowerment e de orientação para a comunidade na orientação para o recovery dos serviços através das opiniões e testemunhos dos entrevistados e agrupá-los numa grelha de classificação construída com base no enquadramento teórico (Braun & Clarke, 2006, 2012). Os temas identificados foram sempre codificados e classificados de forma independente por três colaboradoras com conhecimentos adequados sobre a visão transformativa para a saúde mental comunitária. As duas análises temáticas foram conduzidas por equipas diferentes, à excepção da relatora da Tese com o objectivo de evitar contaminação na interpretação e categorização dos temas (Miles & Huberman, 1994).

Para a análise privilegiou-se a lógica da pertinência, objectividade e qualitativamente na primeira análise o *valor de um tema*, a importância, a novidade ou interesse. Para assegurar a credibilidade das interpretações, implementaram-se etapas iterativas de consenso entre as colaboradoras para discutir discrepâncias e obter o acordo sobre a melhor codificação ou categorização. Na segunda análise temática, para além deste processo de consenso e prova de auditoria, foi também usada quantificação dos temas relativamente à *frequência* numa dada

categoria (Valores, Objectivos e Práticas) através do cálculo de concordância entre os colaboradores (ver também o Anexo 5).

Como será possível verificar na descrição do estudo comparativo do capítulo 4, tendo por base os resultados das análises qualitativas para o nível de contexto, a intervenção EMP-COM foi notória numa organização sustentou empiricamente a decisão de obter dois grupos comparativos. Deste modo, constituiu-se um “grupo-intervenção” com uma amostra intencional de participantes para habilitar a análise comparativa sobre os resultados individuais dos participantes.

Na Secção Empírica serão então descritas as análises qualitativas e quantitativas realizadas no âmbito da Investigação. O Capítulo 1 apresenta a adaptação da grelha dos contextos comunitários empoderadores para a saúde mental comunitária e a sua aplicação através de estudo de caso à organização com um modelo de intervenção EMP-COM. O estudo de caso fornece também a caracterização aprofundada sobre o contexto de referência da presente investigação. O capítulo 2 e 3 descreve as análises conducentes à validação das escalas de empowerment e de recovery para o contexto da saúde mental e implicações para análises futuras e por último o Capítulo 4 apresenta o estudo comparativo sobre a eficácia do modelo de intervenção EMP-COM nos resultados de empoderamento, recovery pessoal e integração comunitária.

#### Referências

- Aber, M. S., Maton, K. I., & Seidman, E. (2011). *Empowering settings and voices for social change*. New York, NY US: Oxford University Press.
- Ahern, L., & Fisher, D. (1999). *Personal Assistance in Community Existence: Recovery at your own Pace*. Laurence, MA: National Empowerment Center.
- Andresen, R., Oades, L., & Caputi, P. (2003). The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(5), 586-594.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.
- Anthony, W. A. (2000). A recovery-oriented service system: Setting some system level standards. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(2), 159-168. doi: 10.1037/h0095104

- Aubry, T., Flynn, R. J., Virley, B., & Neri, J. (2013). Social role valorization in community mental health housing: Does it contribute to the community integration and life satisfaction of people with psychiatric disabilities? *Journal of Community Psychology*, *41*(2), 218-235. doi: 10.1002/jcop.21524
- Aubry, T., & Myner, J. (1996). Community integration and quality of life: A comparison of persons with psychiatric disabilities in housing programs and community residents who are neighbours. *Canadian Journal of Community Mental Health*, *15*(1), 5-20.
- Barbic, S. P., Kidd, S. A., Davidson, L., McKenzie, K., & O'Connell, M. J. (2015). Validation of the Brief Version of the Recovery Self-Assessment (RSA-B) Using Rasch Measurement Theory. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. doi: 10.1037/prj0000139
- Barker, C., & Pistrang, N. (2005). Quality criteria under methodological pluralism: implications for conducting and evaluating research. *American Journal of Community Psychology*, *35* (3-4), 201-212.
- Bedregal, L. E., O'Connell, M., & Davidson, L. (2006). The Recovery Knowledge Inventory: Assessment of Mental Health Staff Knowledge and Attitudes about Recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *30*(2), 96-103. doi: 10.2975/30.2006.96.103
- Bond, G. R., Drake, R. E., & Becker, D. R. (2011). Implementation of IPS supported employment around the world: Planned vs. unplanned dissemination. A commentary on Menear et al. *Social Science & Medicine*, *72*(7), 1036-1038. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.02.003
- Bond, G. R., Salyers, M. P., Rollins, A. L., Rapp, C. A., & Zipple, A. M. (2004). How Evidence-Based Practices Contribute to Community Integration. *Community Mental Health Journal*, *40*(6), 569-588. doi: 10.1007/s10597-004-6130-8
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, *3*(2), 77-101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa
- Braun, V., & Clarke, V. (2012). Thematic analysis. In H. Cooper, P. M. Camic, D. L. Long, A. T. Panter, D. Rindskopf & K. J. Sher (Eds.), *APA handbook of research methods in psychology, Vol 2: Research designs: Quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological*. (pp. 57-71). Washington, DC US: American Psychological Association.
- Carling, P. J. (1990). Major mental illness, housing, and supports: The promise of community integration. *American Psychologist*, *45*(8), 969-975. doi: 10.1037/0003-066x.45.8.969

- Carling, P. J. (1995). *Return to community: Building support systems for people with psychiatric disabilities*. New York, NY US: Guilford Press.
- Cattaneo, L. B., Calton, J. M., & Brodsky, A. E. (2014). Status quo versus status quake: Putting the power back in empowerment. *Journal of Community Psychology, 42*(4), 433-446.
- Cattaneo, L. B., & Chapman, A. R. (2010). The process of empowerment: A model for use in research and practice. *American Psychologist, 65*(7), 646-659.
- Cavelti, M., Kvrđic, S., Beck, E. M., Kossowsky, J., & Vauth, R. (2012). Assessing recovery from schizophrenia as an individual process. A review of self-report instruments. *European Psychiatry, 27*(1), 19-32.
- Chamberlin, J. (1978). *On our own: Patient-controlled alternatives to the mental health system*. New York, NY US: McGraw-Hill.
- Chamberlin, J. (1984). Speaking for ourselves: An overview of the ex-psychiatric inmates' movement. *Psychosocial Rehabilitation Journal, 8*(2), 56-63.
- Chamberlin, J. (1997). A working definition of empowerment. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 20*(4), 43-46.
- Chamberlin, J. (1998). Citizenship rights and psychiatric disability. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 21*(4), 405-408. doi: 10.1037/h0095282
- Chamberlin, J., & Rogers, J. A. (1990). Planning a community-based mental health system: Perspective of service recipients. *American Psychologist, 45*(11), 1241-1244. doi: 10.1037/0003-066x.45.11.1241
- Conrad, K. J., Yagelka, J. R., Matters, M. D., Rich, A. R., Williams, V., & Buchanan, M. (2001). Reliability and validity of a modified Colorado Symptom Index in a national homeless sample. *Mental Health Services Research, 3*(3), 141-153. doi: 10.1023/a:1011571531303
- Corrigan, P. W. (2002). Empowerment and serious mental illness: Treatment partnerships and community opportunities. *Psychiatric Quarterly, 73*(3), 217-228. doi: 10.1023/a:1016040805432
- Corrigan, P. W., Faber, D., Rashid, F., & Leary, M. (1999). The construct validity of empowerment among consumers of mental health services. *Schizophrenia Research, 38*(1), 77-84. doi: 10.1016/s0920-9964(98)00180-7
- Corrigan, P. W., & Garman, A. N. (1997). Considerations for research on consumer empowerment and psychosocial interventions. *Psychiatric Services, 48*(3), 347-352.

- Corrigan, P. W., Salzer, M. S., Ralph, R. O., Sangster, Y., & Keck, L. (2004). Examining the Factor Structure of the Recovery Assessment Scale. *Schizophrenia Bulletin*, *30*(4), 1035-1041.
- Davidson, L., O'Connell, M., Tondora, J., Styron, T., & Kangas, K. (2006). The Top Ten Concerns About Recovery Encountered in Mental Health System Transformation. *Psychiatric Services*, *57*(5), 640-645. doi: 10.1176/appi.ps.57.5.640
- Davidson, L., Ridgway, P., Kidd, S., Topor, A., & Borg, M. (2008). Using qualitative research to inform mental health policy. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, *53*(3), 137-144.
- Davidson, L., Ridgway, P., Wieland, M., & O'Connell, M. (2009). A capabilities approach to mental health transformation: A conceptual framework for the recovery era. *Canadian Journal of Community Mental Health*, *28*(2), 35-46.
- Davidson, L., Sells, D., Songster, S., & O'Connell, M. (2005). Qualitative Studies of Recovery: What Can We Learn From the Person? In R. O. Ralph & P. W. Corrigan (Eds.), *Recovery in mental illness: Broadening our understanding of wellness*. (pp. 147-170). Washington, DC US: American Psychological Association.
- Deegan, P. E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, *11*(4), 11-19.
- Deegan, P. E. (2005). Recovery as a Journey of the Heart. In L. Davidson, C. Harding & L. Spaniol (Eds.), *Recovery from severe mental illnesses: Research evidence and implications for practice, Vol 1*. (pp. 57-68). Boston, MA: Center for Psychiatric Rehabilitation/Boston U.
- Drake, R. E., & Bond, G. R. (2011). IPS support employment: A 20-year update. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, *14*(3), 155-164. doi: 10.1080/15487768.2011.598090
- Duarte, T. (2007). Recovery da doença mental: Uma visão para os sistemas e serviços de saúde mental. *Análise Psicológica*, *25*(1), 127-133.
- Farkas, M., Gagne, C., Anthony, W., & Chamberlin, J. (2005). Implementing Recovery Oriented Evidence Based Programs: Identifying the Critical Dimensions. *Community Mental Health Journal*, *41*(2), 141-158. doi: 10.1007/s10597-005-2649-6
- Fisher, D. B. (1994). Health care reform based on an empowerment model of recovery by people with psychiatric disabilities. *Hospital & Community Psychiatry*, *45*(9), 913-915.

- Gulcur, L., Tsemberis, S., Stefancic, A., & Greenwood, R. M. (2007). Community integration of adults with psychiatric disabilities and histories of homelessness. *Community Mental Health Journal, 43*(3), 211-228. doi: 10.1007/s10597-006-9073-4
- Harding, C. M., Brooks, G. W., Ashikaga, T., Strauss, J. S., & Breier, A. (2005). The Vermont Longitudinal Study of Persons with Severe Mental Illness, II: Long-Term Outcome of Subjects Who Retrospectively Met DSM-III Criteria for Schizophrenia. In L. Davidson, C. Harding & L. Spaniol (Eds.), *Recovery from severe mental illnesses: Research evidence and implications for practice, Vol 1*. (pp. 180-200). Boston, MA: Center for Psychiatric Rehabilitation/Boston U.
- Hutchinson, A., & Lovell, A. (2013). Participatory action research: Moving beyond the mental health 'service user' identity. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 20*(7), 641-649. doi: 10.1111/jpm.12001
- Itzhaky, H., & York, A. S. (2000). Sociopolitical control and empowerment: An extended replication. *Journal of Community Psychology, 28*(4), 407-415. doi: 10.1002/1520-6629(200007)28:4<407::aid-jcop3>3.0.co;2-r
- Jacobson, N., & Greenley, D. (2001). A conceptual model of recovery. *Psychiatric Services, 52*(5). doi: 10.1176/appi.ps.52.5.688
- Jorge-Monteiro, M. F., Aguiar, R., Sacchetto, B., Vargas-Moniz, M., & Ornelas, J. H. (2014). What transformation? A qualitative study on empowering settings and community mental health organizations. *Global Journal of Community Psychology Practice, 5*(1), 1-13.
- Jorge-Monteiro, M. F., Henriques, V., & Ornelas, J. H. (manuscrito em preparação). Efeito da orientação para o recovery das organizações de saúde mental comunitária nos conhecimentos de recovery dos profissionais: Estudo multi-método.
- Jorge-Monteiro, M. F., & Ornelas, J. H. (2014a). Properties of the Portuguese version of the empowerment scale with mental health organization users. *International Journal of Mental Health Systems, 8*, 48. doi: 10.1186/1752-4458-8-48
- Jorge-Monteiro, M. F., & Ornelas, J. H. (2014b). Properties of the Portuguese version of the Empowerment Scale with mental health organization users. *International Journal of Mental Health Systems, 8*(48). doi: 10.1186/1752-4458-8-48
- Jorge-Monteiro, M. F., & Ornelas, J. H. (in press). Recovery Assessment Scale: Testing validity with Portuguese community mental health organization users. *Psychological Assessment*.

- Kaplan, K., Salzer, M. S., & Brusilovskiy, E. (2012). Community participation as a predictor of recovery-oriented outcomes among emerging and mature adults with mental illnesses. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35(3), 219-229. doi: 10.2975/35.3.2012.219.229
- Kieffer, C. (1984). Citizen empowerment: a developmental perspective. *Prevention in Human Services*, 3, 9-36.
- Kloos, B. (2000). *Cultivating identity: Meaning-making in the context of residential treatment settings for persons with histories of psychological disorders*. 60, ProQuest Information & Learning, US. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2000-95006-227&lang=pt-br&site=ehost-live&scope=site> Available from EBSCOhost psych database.
- Kloos, B., & Townley, G. (2011). Investigating the relationship between neighborhood experiences and psychiatric distress for individuals with serious mental illness. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38(2), 105-116. doi: 10.1007/s10488-010-0307-y
- Leete, E. (1989). How I perceive and manage my illness. *Schizophrenia Bulletin*, 15(2), 197-200.
- Lemaire, G. S., & Mallik, K. (2005). Barriers to Community Integration for Participants in Community-Based Psychiatric Rehabilitation. *Archives of Psychiatric Nursing*, 19(3), 125-132. doi: 10.1016/j.apnu.2005.04.004
- Lloyd, C., King, R., & Moore, L. (2010). Subjective and objective indicators of recovery in severe mental illness: A cross-sectional study. *International Journal of Social Psychiatry*, 56(3), 220-229. doi: 10.1177/0020764009105703
- Lloyd, C., Tse, S., & Deane, F. P. (2006). Community participation and social inclusion: How practitioners can make a difference. *AeJAMH (Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health)*, 5(3), 1-10.
- Lloyd, C., Waghorn, G., Best, M., & Gemmell, S. (2008). Reliability of a composite measure of social inclusion for people with psychiatric disabilities. *Australian Occupational Therapy Journal*, 55(1), 47-56. doi: 10.1111/j.1440-1630.2007.00656.x
- Lord, J., & Hutchison, P. (1993). The process of empowerment: implications for theory and practice. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 12(1), 5-22.
- Lovejoy, M. (1982). Expectations and the Recovery Process. *Schizophrenia Bulletin*, 8(4), 605-609.

- Luciano, A., Drake, R. E., Bond, G. R., Becker, D. R., Carpenter-Song, E., Lord, S., . . . Swanson, S. J. (2014). Evidence-based supported employment for people with severe mental illness: Past, current, and future research. *Journal of Vocational Rehabilitation*, *40*(1), 1-13.
- Maton, K. I. (2000). Making a difference: The social ecology of social transformation. *American Journal of Community Psychology*, *28*(1), 25-57. doi: 10.1023/a:1005190312887
- Maton, K. I. (2008). Empowering community settings: Agents of individual development, community betterment, and positive social change. *American Journal of Community Psychology*, *41*(1-2), 4-21. doi: 10.1007/s10464-007-9148-6
- Maton, K. I., & Brodsky, A. E. (2011). Empowering community settings: Theory, research, and action. In M. S. Aber, K. I. Maton & E. Seidman (Eds.), *Empowering settings and voices for social change*. (pp. 38-64). New York, NY US: Oxford University Press.
- Maton, K. I., & Salem, D. A. (1995). Organizational characteristics of empowering community settings: A multiple case study approach. *American Journal of Community Psychology*, *23*(5), 631-656. doi: 10.1007/bf02506985
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook (2nd ed.)*. Thousand Oaks, CA US: Sage Publications, Inc.
- Nelson, G., Kloos, B., & Ornelas, J. (2014a). *Community Psychology and Community Mental Health: Towards Transformative Change*. New York: Oxford University Press
- Nelson, G., Kloos, B., & Ornelas, J. (2014b). Transformative change in community mental health: a community psychology framework. In G. Nelson, B. Kloos & J. Ornelas (Eds.), *Community Psychology and Community Mental Health: Towards Transformative Change* (pp. 3-20). New York: Oxford university Press.
- Nelson, G., Lord, J., & Ochocka, J. (2001a). Empowerment and mental health in community: Narratives of psychiatric consumer/survivors. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, *11*(2), 125-142. doi: 10.1002/casp.619
- Nelson, G., Lord, J., & Ochocka, J. (2001b). *Shifting the paradigm in community mental health: towards empowerment and community*. Toronto: University of Toronto Press.
- Newberry, D. J., & Strong, A. D. (2009). Beyond mental health maintenance: An evaluation framework driven by recovery-focused outcomes. *Canadian Journal of Community Mental Health*, *28*(2), 73-94.

- O'Connell, M., Tondora, J., Croog, G., Evans, A., & Davidson, L. (2005). From Rhetoric to Routine: Assessing Perceptions of Recovery-Oriented Practices in a State Mental Health and Addiction System. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28(4), 378-386.
- Onken, S. J., Craig, C. M., Ridgway, P., Ralph, R. O., & Cook, J. A. (2007). An Analysis of the Definitions and Elements of Recovery: A Review of the Literature. [Article]. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31(1), 9-22. doi: 10.2975/31.1.2007.9.22
- Ornelas, J. (2008). *Psicologia Comunitária*. Lisboa: Fim de Século.
- Ornelas, J., Duarte, T., & Jorge-Monteiro, M. F. (2014). Transformative organizational change in community mental health. In G. Nelson, B. Kloos & J. Ornelas (Eds.), *Community Psychology and Community Mental Health: Towards Transformative Change* (pp. 253-277). New York: Oxford University Press.
- Ornelas, J., Vargas-Moniz, M., & Duarte, T. (2010). Community psychology and social change: a story from the field of mental health in Portugal. *Global Journal of Community Psychology Practice*, 1(1), 21-31.
- Padgett, D. K. (Ed.). (2012). *Qualitative and Mixed Methods in Public Health*. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.
- Pelletier, J.-F., Corbière, M., Lecomte, T., Briand, C., Corrigan, P., Davidson, L., & Rowe, M. (2015). Citizenship and recovery: Two intertwined concepts for civic-recovery. *BMC Psychiatry*, 15.
- Ralph, R. O. (2005). Verbal Definitions and Visual Models of Recovery: Focus on the Recovery Model. In R. O. Ralph & P. W. Corrigan (Eds.), *Recovery in mental illness: Broadening our understanding of wellness*. (pp. 134-145). Washington, DC US: American Psychological Association.
- Randall, K. W., & Salem, D. A. (2005). Mutual-Help Groups and Recovery: The Influence of Settings on Participants' Experience of Recovery. In R. O. Ralph & P. W. Corrigan (Eds.), *Recovery in mental illness: Broadening our understanding of wellness*. (pp. 173-205). Washington, DC US: American Psychological Association.
- Rappaport, J. (1981). In praise of paradox: A social policy of empowerment over prevention. *American Journal of Community Psychology*, 9(1), 1-25. doi: 10.1007/bf00896357
- Rappaport, J. (1987). Terms of empowerment/exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 15(2), 121-148. doi: 10.1007/bf00919275

- Rappaport, J. (1993). Narrative studies, personal stories, and identity transformation in the mutual help context. *Journal of Applied Behavioral Science*, 29(2), 239-256. doi: 10.1177/0021886393292007
- Rappaport, J., & Simkins, R. (1991). Healing and empowering through community narrative. *Prevention in Human Services*, 10(1), 29-50. doi: 10.1300/J293v10n01\_03
- Ridgway, P. A. (2001). ReStorying psychiatric disability: Learning from first person recovery narratives. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(4), 335-343. doi: 10.1037/h0095071
- Rog, D. J., Marshall, T., Dougherty, R. H., George, P., Daniels, A. S., Ghose, S. S., & Delphin-Rittmon, M. E. (2014). Permanent supportive housing: Assessing the evidence. *Psychiatric Services*, 65(3), 287-294.
- Rogers, E. S., Chamberlin, J., Ellison, M. L., & Crean, T. (1997). A consumer-constructed scale to measure empowerment among users of mental health services. *Psychiatric Services*, 48(8), 1042-1047.
- Rogers, E. S., Ralph, R. O., & Salzer, M. S. (2010). Validating the Empowerment Scale with a multisite sample of consumers of mental health services. *Psychiatric Services*, 61(9), 933-936. doi: 10.1176/appi.ps.61.9.933
- Salzer, M. S., & Baron, R. C. (2014). Who is John?: community integration as a paradigm for transformative change in community mental health. In G. Nelson, B. Kloos & J. Ornelas (Eds.), *Community Psychology and Community Mental Health: Towards Transformative Change* (pp. 228-249). New York: Oxford University Press.
- Salzer, M. S., & Brusilovskiy, E. (2014). Advancing Recovery Science: Reliability and Validity Properties of the Recovery Assessment Scale. *Psychiatric Services*, 65(4), 442-453. doi: 10.1176/appi.ps.201300089
- Shanks, V., Williams, J., Leamy, M., Bird, V. J., Le Boutillier, C., & Slade, M. (2013). Measures of personal recovery: A systematic review. *Psychiatric Services*, 64(10), 974-980.
- Shern, D. L., Wilson, N. Z., Coen, A. S., Patrick, D. C., Foster, M., Bartsch, D. A., & Demmler, J. (1994). Client outcomes: II. Longitudinal client data from the Colorado Treatment Outcome Study. *Milbank Quarterly*, 72(1), 123-148. doi: 10.2307/3350341
- Slade, M., Leamy, M., Bacon, F., Janosik, M., Le Boutillier, C., Williams, J., & Bird, V. (2012). International differences in understanding recovery: Systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 21(4), 353-364. doi: 10.1017/s2045796012000133

- Stake, R. E. (1995). *The art of case study research*. Thousand Oaks, CA US: Sage Publications, Inc.
- Stake, R. E. (2005). Qualitative Case Studies. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *The Sage handbook of qualitative research (3rd ed.)*. (pp. 443-466). Thousand Oaks, CA: Sage Publications Ltd.
- Townley, G., Kloos, B., & Wright, P. A. (2009). Understanding the experience of place: expanding methods to conceptualize and measure community integration of persons with serious mental illness. *Health & Place, 15*(2), 520-531. doi: 10.1016/j.healthplace.2008.08.011.
- Townley, G., Miller, H., & Kloos, B. (2013). A little goes a long way: The impact of distal social support on community integration and recovery of individuals with psychiatric disabilities. *American Journal of Community Psychology*. doi: 10.1007/s10464-013-9578-2
- Trainor, J., Pomeroy, E., & Pape, B. (2004). *A Framework for Support: 3rd Edition*. Toronto: Canadian Mental Health Association.
- Trickett, E. J. (2011). Settings and empowerment. In M. S. Aber, K. I. Maton & E. Seidman (Eds.), *Empowering settings and voices for social change*. (pp. 94-106). New York, NY US: Oxford University Press.
- Turton, P., Wright, C., White, S., & Killaspy, H. (2010). Promoting recovery in long-term institutional mental health care: An international Delphi study. *Psychiatric Services, 61*(3), 293-299. doi: 10.1176/appi.ps.61.3.293
- Ware, N. C., Hopper, K., Tugenberg, T., Dickey, B., & Fisher, D. (2007). Connectedness and citizenship: Redefining social integration. *Psychiatric Services, 58*(4), 469-474. doi: 10.1176/appi.ps.58.4.469
- Ware, N. C., Hopper, K., Tugenberg, T., Dickey, B., & Fisher, D. (2008). A theory of social integration as quality of life. *Psychiatric Services, 59*(1), 27-33. doi: 10.1176/appi.ps.59.1.27
- Willer, B., Ottenbacher, K. J., & Coad, M. L. (1994). The Community Integration Questionnaire: A comparative examination. *American Journal of Physical Medicine, 73*(2), 103-111.
- Willer, B., Rosenthal, M., Kreutzer, J. S., Gordon, W. A., & Rempel, R. (1993). Assessment of community integration following rehabilitation for traumatic brain injury. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation, 8*(2), 75-87. doi: 10.1097/00001199-199308020-00009

- Williams, J., Leamy, M., Bird, V., Harding, C., Larsen, J., Le Boutillier, C., . . . Slade, M. (2012). Measures of the recovery orientation of mental health services: Systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *47*(11), 1827-1835. doi: 10.1007/s00127-012-0484-y
- Wong, Y.-L. I., & Solomon, P. L. (2002). Community integration of persons with psychiatric disabilities in supportive independent housing: A conceptual model and methodological considerations. *Mental Health Services Research*, *4*(1), 13-28. doi: 10.1023/a:1014093008857
- Wong, Y. L., Matejkowski, J., & Lee, S. (2011). Social integration of people with serious mental illness: network transactions and satisfaction. *J Behav Health Serv Res*, *38*(1), 51-67.
- Wowra, S. A., & McCarter, R. (1999). Validation of the Empowerment Scale with an outpatient mental health population. *Psychiatric Services*, *50*(7), 959-961.
- Yanos, P. T., Stefancic, A., & Tsemberis, S. (2012). Objective community integration of mental health consumers living in supported housing and of others in the community. *Psychiatric Services*, *63*(5), 438-444. doi: 10.1176/appi.ps.201100397
- Yanos, P. T., Stefanic, A., & Tsemberis, S. (2011). Psychological community integration among people with psychiatric disabilities and nondisabled community members. *Journal of Community Psychology*, *39*(4), 390-401. doi: 10.1002/jcop.20441
- Young, S. L., & Ensing, D. S. (1999). Exploring recovery from the perspective of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *22*(3), 219-231.
- Zimmerman, M. A. (1995). Psychological empowerment: Issues and illustrations. *American Journal of Community Psychology*, *23*(5), 581-599. doi: 10.1007/bf02506983
- Zimmerman, M. A. (2000). Empowerment theory: Psychological, organizational, and community levels of analysis. In J. Rappaport & E. Seidman (Eds.), *Handbook of community psychology*. (pp. 43-63). Dordrecht Netherlands: Kluwer Academic Publishers.



## **SECÇÃO EMPÍRICA**



## **Capítulo 1**



## **What transformation? A qualitative study of empowering settings and community mental health organizations<sup>10</sup>**

### **Abstract**

This article is based on empowering settings research and has a two-fold objective: to propose an adaptation of the empowering community settings framework to community mental health organizations practice to foster recovery and community integration; and to discuss how the adapted framework is a relevant tool to challenge community mental health transformation at multiple levels of analysis. The current study was anchored in a larger qualitative research project. It used a case study approach, with 8 in-depth interviews with diverse participants from one community mental health organization. The adapted model proved useful to guide transformational practice in community mental health programs and for evaluation of organizational empowerment and multilevel community-oriented interventions. Suggestions and implications for future research are also presented.

**Keywords:** empowering community settings, mental health, transformative change, case study

### **Introduction**

Presently, mental health and rehabilitation programs in the community still follow institutional-medical intervention approaches that perpetuate the separation of people who experience mental illness, from the rest of the population. Striving for the development of organizational models that facilitate improvements in community mental health programs, the present study is based on empowerment/community-oriented approaches that challenge structures and processes within mental health programs (Nelson, Lord, & Ochocka, 2001a, 2001b; Ornelas, Duarte, & Jorge-Monteiro, in press).

Research findings indicate that psychological empowerment processes tend to unfold as individuals participate in empowering community settings (Aber, Maton, & Seidman, 2011; Christens, Peterson, & Speer, 2011; Rappaport, 1981). Therefore, community mental health organizations (CMHO) may be conceptualized as mediating social structures where individuals can be exposed to empowering relational processes (Christens, 2012; Maton & Salem, 1995; Nelson, et al., 2001a).

Trickett (2011) emphasized the setting as a goal-focused community resource where people share stories, gather opportunities for personal growth, participation and access to organizational goods. In that sense, a setting is itself a resource for empowerment. Relational

---

<sup>10</sup> O conteúdo deste capítulo foi publicado no seguinte artigo: Jorge-Monteiro, M. F., Aguiar, R., Sacchetto, B., Vargas-Moniz, M., & Ornelas, J. H. (2014). What transformation? A qualitative study on empowering settings and community mental health organizations. *Global Journal of Community Psychology Practice*, 5(1), 1-13.

environments may also be considered as a process of co-empowerment characterized by mutual learning and influence (Bond & Keys, 1993; Rappaport, 1987).

The present study was informed by the empowering community settings (ECS) framework presented by Maton (2008), which encompasses organizational characteristics, psychological mediators and organizational dimensions that impact individual development and community betterment domains. The ECS model includes six organizational factors: 1) a group-based belief system that inspires changes at various levels, which is strengths-based focused and is goal-oriented; 2) a set of core activities that should be engaging, with high quality and requiring active learning; 3) a relational environment providing significant support and sense of community; 4) an opportunity role structure highly accessible that offers challenging opportunities ;5) a leadership structure that is inspirational, shared and committed; and 6) a maintenance and innovation feature, based on capacity-building, bridging and that impacts the external environments in the community. Based on a body of literature about current transformative challenges in mental health, the ECS' framework, described above, was adapted for this study (see Appendix).

In the first section of this paper, the authors present a review, covering literature from community mental health, the empowerment movement, and core values and principles of community psychology, whose contribution may shift practices in mental health systems. This review was used to create a customized application of ECS to community mental health. In the second part, based on the adapted framework, we present the results from a case study, designed to explore both the presence of transformative characteristics through, which the setting empowers their members, and also impacts community and societal change. Finally, we discuss how the empowering setting model may lead to CMHOs transformation at various levels, particularly in fostering recovery and community integration.

### **Theoretical and Empirical Influences for ECS in Community Mental Health**

International research and practice in mental health, as well as socio-political changes, have challenged the established aims, vision and outcomes of mental health systems. In this article, empowerment is simultaneously the means and the goal for mental health transformation. Empowerment relates to an alteration in power-relationships and in conditions of access to organizational and community resources.

Important contributions began with the patients' liberation movement (Chamberlin, 1978, 1984) and the independent living movement (Ridgway, Simpson, Wittman, & Wheeler,

1994) advocating mental health users' rights. Earlier published accounts by mental health advocates stated that the adoption of an empowerment orientation would represent a shift in mental health programs rendering them transformative in the lives of people with experience of mental illness (Chamberlin, 1997; Fisher, 1994). Research with consumer-run organizations (CRO) and self-help initiatives suggests that participating in strengths-based settings with challenging roles, results in greater empowerment among members (Brown, 2009; Fisher & Spiro, 2010; Nelson, Ochocka, Janzen, & Trainor, 2006; Segal, Silverman, & Temkin, 2011). This is congruent with the empowerment concept as a multilevel construct characterized by participatory processes over time, through which individuals, organizations, and communities gain greater control, efficacy and social justice (Rappaport, 1987).

Community-based research evidence suggests that psychological, social and civic empowerment increases across levels and forms of organizational and community participation (Christens, et al., 2011; Maton & Brodsky, 2011). The empowerment-related processes and outcomes within the various domains and levels that were described by Zimmerman (2000), should be addressed by community mental health interventions that intend to transform the lives of people who experience mental illnesses.

Nelson, et al. (2001b) articulated an empowerment-community paradigm to address conceptual limitations present in the traditional paradigm in mental health by delineating strategies and processes across policy, organizational and individual levels, directed to enact the involvement and participation of people who use mental health services.

The position and role that a person who experiences mental illness should play in the mental health system is also a core issue of the recovery vision in mental health change (Anthony, 1993; Brown, 2012; Fisher, 1994). Empirical evidence suggests that most people with mental health issues undergo a journey of personal recovery, challenging traditional perspectives that view persons with an experience of mental illness as being dependent on support and unable to achieve adaptive functioning and high quality of life (Davidson, Harding, & Spaniol, 2005; Davidson, Sells, Songster, & O'Connell, 2005).

The recovery perspective as a life experience, requires coordinated efforts from mental health advocates, policy makers, service providers and researchers in mental health system transformation (Davidson, Ridgway, Kidd, Topor, & Borg, 2008; Jacobson, Greenley, Breedlove, Roschke, & Koberstein, 2003; Piat et al., 2009). Because recovery is not symptom remission, but rather a process concerned with life goals, hope in the future, individualized

supports and user empowerment, mental health advocates have acknowledged the community context as the best setting for it to flourish (Davidson, 2007; Deegan, 2005; Lovejoy, 1982; Ornelas, et al., in press).

The community integration principle is another relevant element to change mental health practice by creating opportunities for a “full life in the community”, and the exercise of citizenship through access to fundamental rights (Nelson, et al., 2001b; Ornelas, et al., in press). This dimension stresses the efforts of fostering connectedness with and the use of natural resources in the community (Newberry & Strong, 2009; Townley, Miller, & Kloos, 2013; Ware, Hopper, Tugenberg, Dickey, & Fisher, 2007).

Community integration has been conceived as a multidimensional concept with interrelated physical, social, and psychological components (Wong & Solomon, 2002). However, living outside the hospital or using community facilities is not enough to be considered integrated in a community (Lemaire & Mallik, 2005). It is necessary to advance a more transformative vision of community integration. Davidson, Ridgway, Wieland, and O'Connell (2009) promoted the adoption of the capabilities and human rights' perspectives to enlarge that vision. The capability standpoint values personal agency, and the diversity of options in social contexts (Davidson, et al., 2009; Ornelas, et al., in press).

Another transformative issue to challenge mental health programs is the multilevel intervention due to the assumption of the interdependence between individuals, programs and systems involving radiating effects of one level on the others. Trickett and Schensul (2009) stated that the multilevel interventions tackle social change by developing interventions at different ecological levels in the community. Ecological interventions are therefore critical in order to sustain innovation and change in mental health interventions.

In closing, the empowering community settings' theory, developed by Maton (2008), offered the current study a salient template to explore and to incorporate the transformative features of interventions that will challenge the practice of traditional community mental health organizations (Davidson, et al., 2009; Fisher & Spiro, 2010; Nelson, et al., 2001b; Ornelas, et al., in press).

### **AEIPS Organizational Setting**

The Associação para o Estudo e Integração Psicossocial (AEIPS) is a private non-profit, mental health, community-based organization in Portugal, founded in 1987 by a group of users, families and professionals. It is inspired by empowerment and community

approaches, facilitating the implementation of strength-based services for people with mental health challenges. Although the setting and related socio-political context are detailed elsewhere (Ornelas, Vargas-Moniz, & Duarte, 2010), we present here a summary of its main features.

AEIPS' programs address individuals' needs and expectations through access to natural contexts with the general population, and to varied community resources and domains, such as education in regular schools, employment in the mainstream labor market, and the participation in regular social roles and activities as full citizens. The community integration process consists of bridging and bonding social relations and networks, fostering more inclusive, supportive and diverse communities (Ornelas, et al., in press).

This CMHO has more than two decades of experience influencing policy on de-institutionalization in Portugal, advocating for the perspective and role of people who experienced mental illness in the mental health system, (e.g., hosting the Empowerment and Mutual Help Centre and the National Network) and promoting innovative programs like the independent living and housing first approaches (Ornelas, et al., 2010). The comprehensive participatory organizational processes across the setting are also a fundamental aspect of this community mental health organization.

Due to the co-existence of both individual and collective empowerment, including community betterment and social change as described by Maton (2008), AEIPS was considered for the current qualitative analysis. Based on a previous brief review of transformative challenges, from community mental health and from community psychology based-knowledge, we address the following questions: 1) How to adapt the ECS framework to community mental health practice that is oriented towards recovery and community integration?; 2) What empowering characteristics derived from the ECS-CMHO contribute to a transformative change at the individual, program and systems levels of analysis?

## **Method**

### **Participants**

The participants included 4 program users, 2 staff members, and 2 program administrators. The users were randomly selected from a general list of 93 participants from a previous quantitative study. The following inclusion criteria were used: a balance of men and women; minimum 2 years of participation in the organization; not hospitalized. Service users

were 2 women and 2 men, with ages ranging from 30 to 49 years; and with 1 to 6 years of participation in the setting. Each of the users that participated received an incentive of 6€.

Two staff members were randomly sampled from a list provided by the organization. Inclusion criteria were a minimum 2 years of working in the organization, and a full-time contract. Two additional informants at the program administration level were selected and interviewed as well. Staff and program administrators were female, with ages between 29 and 48 years; and between 6 to 26 years of collaboration.

### **Research Approach**

For the purpose of this study, an instrumental single case-study approach was used in order to provide in-depth answers to the research questions (Stake, 2005). The research team sought to triangulate information from semi-structured interviews with service users (U), staff members (S), and the coordinator and one board member as program administrators (A), to explore meaning through different perceptions or program stakeholders (Patton, 1990).

The construction of the interview guide involved several meetings of the research task group, composed of university-based researchers, staff and users from AEIPS. The researchers adopted the peer debriefing and support strategy proposed by Padgett (2012). The task group critically reflected on the contents of the guides and their relation with goals, logical sequence and analyzed the language adequacy and contextualization concerns (Trickett & Espino, 2004). We conducted one-on-one interviews at the organizational setting of the participants and ranged from 30 min to 1hr 30min. At the opening of the interview, the participants provided written informed consent and completed a demographic questionnaire.

Separate interview guides for staff and administrators were created for this qualitative study. The semi-structured interview guides were based on the literature review, in order to mirror the conceptual research framework on empowering characteristics (e.g., goals, shared mission, how theory relates to practice, member participation, nature of relationships, and influence) through open-ended questions. The same interview questions were also customized for program users. However, the user interview guide also added questions to capture program-related gains in housing, relationships, physical and mental health, and participation. All interviews were audio-recorded and transcribed *verbatim* and personal identifying data was deleted for its use in the analysis stage. In the results section the quotes presented were translated from the original in Portuguese into English.

### **Data Analysis**

The authors developed a coding grid, based on the literature review and logic model, to identify the fundamental empowering characteristics of transformative community mental health settings.

The coding grid was based on the four core components presented in the ECS model: group-based belief system; core activities; relational environment; and role opportunity structure. Data on Maton's ECS components, such as leadership and setting maintenance, were not considered for this study. However, two particular themes, the external and policy influence, were included in the grid due to their relevance for the present discussion.

This approach required several team meetings for critical reflection, discussion and consensus, in order to achieve a successful adaptation. The trustworthiness of the codes and their definitions were determined by cross-checking among researchers, through an iterative process that generated the final version of the grid.

Data analysis also followed an interactive, back and forth, cycle among analysts (Braun & Clarke, 2006; Miles & Huberman, 1994). Two research analysts coded independently the eight interviews, line by line, and a third one joined for auditing process (Padgett, 2012). The empowering characteristics were highlighted and coded with the respective label. The credibility of analysis was assured by analytic triangulation, discussion of discrepancies, explaining how and why the interpretation was arrived at, until reaching a consensus was reached about the best code (Braun & Clarke, 2006).

In order to discuss results at multiple levels of analysis the authors created new codes for individual, program and system dimensions. This phase was also subjected to credibility and trustworthiness steps. Data were again transformed and condensed in new content tables, independently, and compared by research members for this aim.

## **Results**

Highlights of key empirical findings are presented by empowering characteristic and across ecological levels of analysis according to the adapted framework to community mental health organizations (ECS-CMHO).

### **Group Based Belief System**

The "group-based belief system" category's findings included the presence of a recovery-oriented vision that values the access to the community's natural resources, such as employment or housing. Challenges facing the individual level were expressed in the words

of one user: “[the organizational values] that people who experience mental illness are included in society, not living institutionalized in the hospital ... which gives hope to people with mental illness that they can achieve recovery and they can reach the same rights as the so-called normal people...” (U).

Values and goals were also shared among all members of the setting, and the locus of intervention was clearly the community/social context as these participants vividly expressed:

*recovery is (...) a new life experience anchored in experiential knowledge and... that's one of the key principles ... it also relates to empowerment, as the possibility for people to identify resources, to be able to assume their responsibilities and freedoms and to search for resources that make sense (...) this has to do with employment, education, housing, political participation and with citizenship(S)*

In this category, at system level, data reveals the organization external influence in the community and social contexts. One program administrator affirmed that:

*[organizational influence is] visible in policy change, (...) through the presence of the ideals of people with mental illness in public reports and legislation, like the Mental Health Plan (... ) we were also contacted by the Mental Health Department to collaborate with the closure of the Miguel Bombarda Hospital<sup>11</sup> (A)*

### **Core Activities**

Participants’ testimonies grouped in a “core activities” category revealed a transformative impact in the individuals’ lives through valued and challenging opportunities, like:“(...) the Association’s supported employment program has given me a new comfort ... I didn’t know how the job market worked, and so I felt more supported” (U); and “[a milestone] was the constructing my portfolio in the training for employment integration, because it was an opportunity to increase awareness of my course of life ...” (U).

At the program level, transformative features were related to the ECS issue of meaningful and congruent practices when associated with the individualization of the users’ needs and objectives, because “[through] the individual support program,(...) defining the objectives collaboratively... the goals that one person wants to achieve ... which resources can be mobilized and also by assessing the fulfilment of the project” (A).

---

<sup>11</sup> Hospital Miguel Bombarda was a former central psychiatric hospital in Portugal.

Collaboration was noted in the discourse of interviewees by examples of individualized supports, setting governance and maintenance, and participatory evaluation processes: “It’s ... a collaborative role (...) we have to have the notion that both knowledge and experience [from users] are as important as professional knowledge” (S); or also that “this organization has this kind of action of an ongoing self-assessment, asking families, participants, professionals, about what can be changed and what can be improved” (A).

Potential effects at the systems level were focused on situating the interventions in community environments beyond the organizational setting and in breaking barriers to mental health users’ participation and community inclusiveness:

*[supported employment] has this goal of helping people return to employment or access employment ..., so we are talking about regular companies; ... we have the supported education service, with this same philosophy and principles of bringing people back to schools, to regular universities (S)*

### **Relational Environment**

The “relational environment” category provided evidence for impacts at an individual level through peer and natural social supports where life experiences are shared and valued:

“[milestones] ... a person who belonged to that group [welcoming committee]<sup>12</sup>... who helped me ... to meet people, introducing me, showing me how this house works” (U), and also from mutual help initiatives.

Partnerships with the university also appeared to be significantly empowering at the program level: “the academy has also a fundamental role here. This link of AEIPS with ISPA [university] improves the work methods and the building of skills (...) through that research and action endeavor...” (S).

An identified transformative theme at the system level was the ongoing connections with community resources located outside mental health system, such as schools or companies that appeared as the main sources of natural support for people in the setting. One participant stated: “the approach is always contextual, natural, so we use natural community resources” (A). This idea was reinforced by another program level representative “community integration implies establishing constant bridging with

---

<sup>12</sup> Program activity designed to welcome new participants in the organization.

community resources, with local companies, with schools, with local governments, with training centers, with all the sites where the participant is involved” (A).

### **Opportunity Role Structure**

The data included in the “opportunity role structure” category, emphasized accessible and varying demands and opportunities for individuals within the setting. Both users and staff members highlighted the value of participation and accessing capacity-building opportunities: “I’ve already done two thematic debates of my exclusive authorship ... and ... I use to present thematic debates previously scheduled” (U), or “... the continuous training, every week, for staff, student internships, and participants [users], who want to attend” (S).

In this category, the presence of transformative evidence at the program level was based on the participants’ discourse as related to members’ involvement across organizational structures and processes: “our Association is constituted by families, professionals and by service users (...) they all are in the governing bodies (...) we always had this concern of having them as representatives in the governing bodies” (A).

Finally, themes at the system level also highlighted organizational members’ external influence, through the existence of opportunities for community participation within and beyond the setting, which informed a potential radiating process over resources and policies, as it is noted in this statement:

*[CEAM] it is a users group that generated much change inside [the organization] and outside... also in terms of public policy, they are consultants in the policy reform of mental health services (...) and they continue to give their testimony, at universities, they are invited to conferences, too... (S)*

### **Discussion**

With the present study we learned that the development of empowering interventions with community mental health organizations promotes change towards recovery and community integration across multiple levels.

First, this research was guided by an adaptation of the ECS framework, which is presented in the Appendix section. Based on the literature review, it was found to be a viable tool to assess empowering processes across ecological levels in community mental health organizations. It also helps to guide service transformation towards recovery and life in the community, namely valuing a recovery and community oriented vision beyond traditional

mental health systems; focusing the individualization of users' needs and goals; participation opportunities; and entering community-valued contexts such as housing and employment (Maton, 2000, 2008; Nelson, et al., 2001b; Ornelas, et al., in press).

Second, evidence for transformation at the individual level of analysis, using the ECS-CMHO framework, highlights a shift towards a strengths-based approach rather than the "deficit approach" (Ridgway, 2005). The underlying empowerment-based and recovery-oriented vision was consistent with the transformed identity from user to citizen (Davidson, et al., 2009; Fisher & Spiro, 2010). This vision is applied through the individualization of interests and objectives, enhanced connectedness, and access to meaningful social roles and activities in community natural contexts (Ware, et al., 2007).

Additionally, peer support initiatives and availability of opportunities for people who experienced mental illness, to collaboratively participate across ecological levels, emerged as significant for personal achievement and empowerment (Bond & Keys, 1993; Maton & Salem, 1995). These findings are congruent with the process of member gains in psychological empowerment, social empowerment, and civic empowerment—essential components of empowering community settings, as suggested by Maton and Brodsky (2011).

At the program level, transformative empowering characteristics were mainly anchored in the community orientation of the intervention through ongoing partnerships with multiple resources outside the mental health system, including landlords, neighbors, school teachers, and others. In line with a contextual paradigm, rather than designing alternative and separated settings, the interventions should be community-situated and the interaction among community members should be collaborative (Trickett & Espino, 2004). Furthermore all these potentiate the access to regular community contexts and to change them.

At the program level, collaboration was found to provide a pervasive structure for every dimension and goal of the setting, where all members were considered resources (Brown, 2009). Collaboration was present in processes such as governance and maintenance, interpersonal support and external contacts which were relevant to achieve the organizational purpose (Bond & Keys, 1993; Seidman & Tseng, 2011).

Another transformative characteristic is the continuous participatory process of evaluation and research (Fetterman & Wandersman, 2005; Suarez-Balcazar & Harper, 2003). The use of collaborative research methods such as community based participatory research, as well as the development of long-term community-university research partnerships by

CMHO's, may lead to transformative efforts and outcomes (Minkler & Wallerstein, 2003; Suarez-Balcazar et al., 2004).

Creating opportunities for direct interpersonal contacts, through the participation of people with experience of mental illness in community settings, will be effective for the promotion of user empowerment and community change (Janzen, Nelson, Trainor, & Ochocka, 2006; Trickett, 2009; Zimmerman, 2000). The promotion of capabilities and social inclusion also presents new challenges and demands new practices from professionals and CMHOs (Fisher & Chamberlin, 2005; Newberry & Strong, 2009).

Main themes for transformation at the system level were related to direct intervention outside the setting domain and in higher levels of analysis within and beyond the mental health system. Core features were related to linkages and with the radiating effect of setting members in utilizing those external resources, reflected in the clearance of barriers to community integration in those contexts (Lemaire & Mallik, 2005; Ornelas, et al., in press).

Results also revealed direct interventions at the public policy level, not only through the implementation of quality program content, but also with the users' access to political decision levels (Fisher & Spiro, 2010; Janzen, Nelson, Hausfather, & Ochocka, 2007; Nelson, et al., 2001b). Davidson, et al. (2009) suggested that a transformative shift can only occur when people who experience mental illness are active participants in changing surrounding conditions and personal lives. Adopting such an empowering philosophy in their vision and practices, CMHOs may help promote agency, empowerment, recovery, and even community betterment.

Additionally, the present study also illuminated the presence of several contributions from the community psychology field that enhanced the ECS-CMHO by endorsing the collaborative approach in interventions as a core empowering structure across ecological levels and domains (Bond & Keys, 1993; Trickett & Espino, 2004). Collaboration was embedded in the professional-user relationship, not only in the definition of individual user interests and objectives, but also in service activity within and outside the setting.

The establishment of a continuous process of research and action appeared as another empowering feature in organizational setting. The research partnerships between community organization and university can be catalysts for a continuous cycle of reflection and practice and members' achievements (Suarez-Balcazar, Harper, & Lewis, 2005).

Data also revealed significant evidence for multilevel interventions within but also across Maton's domains of individual wellness and social change to enhance empowering settings at the policy arena. The dual nature of the studied setting, operating simultaneously at different levels and multiple domains, appeared to be empowering in and of itself in terms of transformative change (Schensul & Trickett, 2009). This focus is highly relevant for sensitive social themes, such as mental health challenges, helping to achieve sustainable social transformation and prevent backlash effects from the introduction of innovative efforts (Maton, 2000).

In light of our study limitations, future research should continue to develop and confirm the validity of the ECS-CMHO framework as a resource for transformation and for evaluation across different organizations in the mental health field. Also, for purposes of CMHO efficacy in promoting better lives in the community for people with lived experience of mental illness, we should find further longitudinal evidence regarding which particular features of empowering programs influence individual outcomes on psychological empowerment, mental health recovery, and community integration; and also which features determine transformative change at the social and policy level.

### **Acknowledgments**

This article was supported by FCT PTDC/PSIPCL/113301/2009 & FCT-BD/65518/2009.

### **References**

- Aber, M. S., Maton, K. I., & Seidman, E. (2011). *Empowering settings and voices for social change*. New York, NY US: Oxford University Press.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.
- Bond, M. A., & Keys, C. B. (1993). Empowerment, diversity, and collaboration: Promoting synergy on community boards. *American Journal of Community Psychology*, 21(1), 37-57. doi: 10.1007/bf00938206
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa
- Brown, L. D. (2009). How people can benefit from mental health consumer-run organizations. *American Journal of Community Psychology*, 43(3-4), 177-188. doi: 10.1007/s10464-009-9233-0
- Brown, L. D. (2012). *Consumer-run mental health: Framework for recovery*. New York, NY US: Springer Science + Business Media.

- Chamberlin, J. (1978). *On our own: Patient-controlled alternatives to the mental health system*. New York, NY US: McGraw-Hill.
- Chamberlin, J. (1984). Speaking for ourselves: An overview of the ex-psychiatric inmates' movement. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 8(2), 56-63.
- Chamberlin, J. (1997). A working definition of empowerment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 20(4), 43-46.
- Christens, B. D. (2012). Toward relational empowerment. *American Journal of Community Psychology*, 50(1-2), 114-128. doi: 10.1007/s10464-011-9483-5
- Christens, B. D., Peterson, N. A., & Speer, P. W. (2011). Community participation and psychological empowerment: Testing reciprocal causality using a cross-lagged panel design and latent constructs. *Health Education & Behavior*, 38(4), 339-347. doi: 10.1177/1090198110372880
- Davidson, L. (2007). Recovery from versus recovery in serious mental illness: One strategy for lessening confusion plaguing recovery. [Article]. *Journal of Mental Health*, 16(4), 459-470. doi: 10.1080/09638230701482394
- Davidson, L., Harding, C., & Spaniol, L. (2005). *Recovery from severe mental illnesses: Research evidence and implications for practice, Vol 1*. Boston, MA: Center for Psychiatric Rehabilitation/Boston U.
- Davidson, L., Ridgway, P., Kidd, S., Topor, A., & Borg, M. (2008). Using qualitative research to inform mental health policy. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, 53(3), 137-144.
- Davidson, L., Ridgway, P., Wieland, M., & O'Connell, M. (2009). A capabilities approach to mental health transformation: A conceptual framework for the recovery era. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 28(2), 35-46.
- Davidson, L., Sells, D., Songster, S., & O'Connell, M. (2005). Qualitative Studies of Recovery: What Can We Learn From the Person? In R. O. Ralph & P. W. Corrigan (Eds.), *Recovery in mental illness: Broadening our understanding of wellness*. (pp. 147-170). Washington, DC US: American Psychological Association.
- Deegan, P. E. (2005). Recovery as a Journey of the Heart. In L. Davidson, C. Harding & L. Spaniol (Eds.), *Recovery from severe mental illnesses: Research evidence and implications for practice, Vol 1*. (pp. 57-68). Boston, MA: Center for Psychiatric Rehabilitation/Boston U.
- Fetterman, D. M., & Wandersman, A. (2005). *Empowerment evaluation principles in practice*. New York, NY US: Guilford Press.

- Fisher, D. B. (1994). Health care reform based on an empowerment model of recovery by people with psychiatric disabilities. *Hospital & Community Psychiatry, 45*(9), 913-915.
- Fisher, D. B., & Chamberlin, J. (2005). The Role of Mental Health Consumers in Leading the Recovery Transformation of the Mental Health System. In N. A. Cummings, W. T. O'Donohue & M. A. Cucciare (Eds.), *Universal healthcare: Readings for mental health professionals*. (pp. 219-242). Reno, NV US: Context Press.
- Fisher, D. B., & Spiro, L. (2010). Finding and using our voice: How consumer/survivor advocacy is transforming mental health care. In L. D. Brown & S. Wituk (Eds.), *Mental health self-help: Consumer and family initiatives*. (pp. 213-233). New York, NY US: Springer Science + Business Media.
- Jacobson, N., Greenley, D., Breedlove, L., Roschke, R., & Koberstein, J. (2003). Guided reflection: A participatory evaluation and planning process to promote recovery in mental health services agencies. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 27*(1), 69-71. doi: 10.2975/27.2003.69.71
- Janzen, R., Nelson, G., Hausfather, N., & Ochocka, J. (2007). Capturing system level activities and impacts of mental health consumer-run organizations. *American Journal of Community Psychology, 39*(3-4), 287-299. doi: 10.1007/s10464-007-9107-2
- Janzen, R., Nelson, G., Trainor, J., & Ochocka, J. (2006). A longitudinal study of mental health consumer/survivor initiatives: Part 4--Benefits beyond the self? A quantitative and qualitative study of system-level activities and impacts. *Journal of Community Psychology, 34*(3), 285-303. doi: 10.1002/jcop.20100
- Lemaire, G. S., & Mallik, K. (2005). Barriers to Community Integration for Participants in Community-Based Psychiatric Rehabilitation. *Archives of Psychiatric Nursing, 19*(3), 125-132. doi: 10.1016/j.apnu.2005.04.004
- Lovejoy, M. (1982). Expectations and the Recovery Process. *Schizophrenia Bulletin, 8*(4), 605-609.
- Maton, K. I. (2000). Making a difference: The social ecology of social transformation. *American Journal of Community Psychology, 28*(1), 25-57. doi: 10.1023/a:1005190312887
- Maton, K. I. (2008). Empowering community settings: Agents of individual development, community betterment, and positive social change. *American Journal of Community Psychology, 41*(1-2), 4-21. doi: 10.1007/s10464-007-9148-6

- Maton, K. I., & Brodsky, A. E. (2011). Empowering community settings: Theory, research, and action. In M. S. Aber, K. I. Maton & E. Seidman (Eds.), *Empowering settings and voices for social change*. (pp. 38-64). New York, NY US: Oxford University Press.
- Maton, K. I., & Salem, D. A. (1995). Organizational characteristics of empowering community settings: A multiple case study approach. *American Journal of Community Psychology*, 23(5), 631-656. doi: 10.1007/bf02506985
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook (2nd ed.)*. Thousand Oaks, CA US: Sage Publications, Inc.
- Minkler, M., & Wallerstein, N. (2003). *Community based participatory research for health*. San Francisco, CA US: Jossey-Bass.
- Nelson, G., Lord, J., & Ochocka, J. (2001a). Empowerment and mental health in community: Narratives of psychiatric consumer/survivors. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 11(2), 125-142. doi: 10.1002/casp.619
- Nelson, G., Lord, J., & Ochocka, J. (2001b). *Shifting the paradigm in community mental health: towards empowerment and community*. Toronto: University of Toronto Press.
- Nelson, G., Ochocka, J., Janzen, R., & Trainor, J. (2006). A longitudinal study of mental health consumer/survivor initiatives: Part 2--A quantitative study of impacts of participation on new members. *Journal of Community Psychology*, 34(3), 261-272. doi: 10.1002/jcop.20098
- Newberry, D. J., & Strong, A. D. (2009). Beyond mental health maintenance: An evaluation framework driven by recovery-focused outcomes. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 28(2), 73-94.
- Ornelas, J., Duarte, T., & Jorge-Monteiro, M. F. (in press). Transformative organizational change in community mental health. In G. Nelson, B. Kloos & J. Ornelas (Eds.), *Community Psychology and Community Mental Health*. New York: Oxford University Press.
- Ornelas, J., Vargan-Moniz, M., & Duarte, T. (2010). Community psychology and social change: a story from the field of mental health in Portugal. *Global Journal of Community Psychology Practice*, 1(1), 21-31. Retrieved from <http://www.gjcpp.org/pdfs/2009-0013%20Final%20Copy-010710.pdf>
- Padgett, D. K. (Ed.). (2012). *Qualitative and Mixed Methods in Public Health*. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods (2nd ed.)*. Thousand Oaks, CA US: Sage Publications, Inc.

- Piat, M., Sabetti, J., Couture, A., Sylvestre, J., Provencher, H., Botschner, J., & Stayner, D. (2009). What does recovery mean for me? Perspectives of Canadian mental health consumers. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32(3), 199-207. doi: 10.2975/32.3.2009.199.207
- Rappaport, J. (1981). In praise of paradox: A social policy of empowerment over prevention. *American Journal of Community Psychology*, 9(1), 1-25. doi: 10.1007/bf00896357
- Rappaport, J. (1987). Terms of empowerment/exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 15(2), 121-148. doi: 10.1007/bf00919275
- Ridgway, P. A. (2005). *Hope and mental health recovery: Co-constructing new paradigm knowledge*. 66, ProQuest Information & Learning, US. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psych&AN=2005-99013-084&lang=pt-br&site=ehost-live&scope=site> Available from EBSCOhost psych database.
- Ridgway, P. A., Simpson, A., Wittman, F. D., & Wheeler, G. (1994). Home making and community building: Notes on empowerment and place. *Journal of Mental Health Administration*, 21(4), 407-418. doi: 10.1007/bf02521359
- Schensul, J. J., & Trickett, E. (2009). Introduction to multi-level community based culturally situated interventions. *American Journal of Community Psychology*, 43(3-4), 232-240. doi: 10.1007/s10464-009-9238-8
- Segal, S. P., Silverman, C. J., & Temkin, T. L. (2011). Outcomes From Consumer-Operated and Community Mental Health Services: A Randomized Controlled Trial. *Psychiatric Services*, 62(8), 915-921.
- Seidman, E., & Tseng, V. (2011). Changing social settings: A framework for action. In M. S. Aber, K. I. Maton & E. Seidman (Eds.), *Empowering settings and voices for social change*. (pp. 12-37). New York, NY US: Oxford University Press.
- Stake, R. E. (2005). Qualitative Case Studies. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *The Sage handbook of qualitative research (3rd ed.)*. (pp. 443-466). Thousand Oaks, CA: Sage Publications Ltd.
- Suarez-Balcazar, Y., Davis, M. I., Ferrari, J., Nyden, P., Olson, B., Alvarez, J., . . . Toro, P. (2004). University-community partnerships: A framework and an exemplar. In L. A. Jason, C. B. Keys, Y. Suarez-Balcazar, R. R. Taylor & M. I. Davis (Eds.), *Participatory community research: Theories and methods in action*. (pp. 105-120). Washington, DC US: American Psychological Association.

- Suarez-Balcazar, Y., & Harper, G. W. (2003). *Empowerment and participatory evaluation of community interventions: Multiple benefits*. New York, NY US: Haworth Press.
- Suarez-Balcazar, Y., Harper, G. W., & Lewis, R. (2005). An Interactive and Contextual Model of Community-University Collaborations for Research and Action. *Health Education & Behavior, 32*(1), 84-101. doi: 10.1177/1090198104269512
- Townley, G., Miller, H., & Kloos, B. (2013). A little goes a long way: The impact of distal social support on community integration and recovery of individuals with psychiatric disabilities. *American Journal of Community Psychology*. doi: 10.1007/s10464-013-9578-2
- Trickett, E. J. (2009). Community psychology: Individuals and interventions in community context. *Annual Review of Psychology, 60*, 395-419. doi: 10.1146/annurev.psych.60.110707.163517
- Trickett, E. J. (2011). Settings and empowerment. In M. S. Aber, K. I. Maton & E. Seidman (Eds.), *Empowering settings and voices for social change*. (pp. 94-106). New York, NY US: Oxford University Press.
- Trickett, E. J., & Espino, S. L. R. (2004). Collaboration and social inquiry: Multiple meanings of a construct and its role in creating useful and valid knowledge. *American Journal of Community Psychology, 34*(1-2), 1-69. doi: 10.1023/B:AJCP.0000040146.32749.7d
- Trickett, E. J., & Schensul, J. J. (2009). Summary comments: Multi-level community based culturally situated interventions. *American Journal of Community Psychology, 43*(3-4), 377-381. doi: 10.1007/s10464-009-9237-9
- Ware, N. C., Hopper, K., Tugenberg, T., Dickey, B., & Fisher, D. (2007). Connectedness and citizenship: Redefining social integration. *Psychiatric Services, 58*(4), 469-474. doi: 10.1176/appi.ps.58.4.469
- Wong, Y.-L. I., & Solomon, P. L. (2002). Community integration of persons with psychiatric disabilities in supportive independent housing: A conceptual model and methodological considerations. *Mental Health Services Research, 4*(1), 13-28. doi: 10.1023/a:1014093008857
- Zimmerman, M. A. (2000). Empowerment theory: Psychological, organizational, and community levels of analysis. In J. Rappaport & E. Seidman (Eds.), *Handbook of community psychology*. (pp. 43-63). Dordrecht Netherlands: Kluwer Academic Publishers.

(Appendix follows)

## Appendix

## ECS Framework for Community Mental Health Organizations (ECS-CMHO)

Empowering organizational characteristics			Adaptation to CMHO settings
Group-based Belief System	Inspires change	Salient goals	1. Recovery promotion (focusing on personal goals, support networks, rediscovering yourself) 2. Community integration and participation promotion 3. Empowerment and emancipation promotion 4. Transformed identity: user to citizen
		Clear Means	1. Community integration at community natural resources 2. Community orientation 3. Community mobilization 4. Collaborative Approach 5. Action/Research
	Strength-based	Member-as-resource	1. All members (participants, staff, families) collaborate by organizing activities and services 2. Contribute with opinions/suggestions
	Beyond Self	Shared Vision	1. Theoretical framework 2. Shared service mission 3. Shared goals and values
Core Activities	Engaging	Larger purpose	1. Policy Influence 2. Social Change/Innovation
		Meaningful	1. Individualized projects through individual support 2. Challenging activities in the community 3. Emphasis on choice
		Congruent	1. Defining individual paths and goals 2. Emphasis on diversity
	Active learning	Feedback	1. Activities evaluation by the participants 2. Collaborative service evaluation 3. Collaborative evaluation of individualized project
		Reflection	1. Individual and group meetings for critical reflection 2. Shared testimonies
	Quality	Content	1. Supported Education 2. Supported Employment 3. Independent Housing and supports 4. Other individual projects in natural contexts 5. Physical health
		Relationships	1. Staff as mediators of the integration process 2. Equitable and co-empowering relationship 3. Collaborative relationship
Relational Environment	Support system	Multiple domains and sources	1. Local community context (city halls, social security, etc.) 2. Mental health services 3. Regular educational contexts 4. Regular labor market 5. Graduate School/Academia
		*External influence	1. Impact on community stakeholders
	Caring relationships	Peers	1. Mutual help groups 2. Peers activities 3. Family mutual help group
		Mentors	1. Inspirational members
	Sense of community	Within setting	1. Shared norms and history of the organization 2. Feeling of belonging
	Beyond setting	1. Ongoing relationships with people outside the organization	

**Appendix**

**ECS framework for community mental health organizations (ECS-CMHO) (c)**

Empowering organizational characteristics			Adaptation to CMHO settings
Opportunity Role Structure	Pervasive	Many roles at multiple levels	Participants and families can: 1. Promote activities 2. Take responsibility for service activities 3. Be formal members 4. Be members of the governing bodies 5. Participate in general assemblies 6. Peer specialists in staff teams
	Highly accessible	Varying demands	1. Different roles according to members' potentials
		Encouraged/ Challenged	1. Opportunities for the exercise of challenging roles
	Multi-functional	Use, develop skills	1. Participants growth 2. Continuous training
Voice influence to social change		1. Service representation and dissemination 2. Advocacy 3. Anti-stigma campaigns 4. Peer movements	

Adapted from Maton (2008)

\* External Influence on community resources was added to Relational Environment for present study purpose.

## Capítulo 2



## Properties of the Portuguese version of the empowerment scale with mental health organization users<sup>13</sup>

### Abstract

**Background:** This study examines the reliability and validity of the Portuguese version of the Empowerment Scale (ES) to be used in the community/psychosocial mental health field. Authors also reviewed the properties of the development and cross-cultural adaptation of the ES. Because mental health services are required to encourage empowerment and recovery-oriented interventions, adequate empowerment-oriented outcome measures are needed to evaluate services and study interventions across countries. **Methods:** The current research was part of a larger research project with 213 participants. A confirmatory factor analysis (CFA) was conducted to observe the ES's construct-related validity, and a reliability analysis for internal consistency. The ES concurrent validity with the recovery and psychiatric symptoms measures was also assessed using the Pearson's correlation coefficient. **Results:** The CFA supported the five-factor configuration for the refined model of measure as satisfactory. The Portuguese version of the ES presented an overall satisfactory reliability ( $\alpha = .79$ ) and was positively correlated with personal recovery ( $r = .71$ ) and inversely with psychiatric symptoms ( $r = -.22$ ). **Conclusions:** The overall scale was considered reliable and valid to be used by Portuguese researchers and practitioners to evaluate empowering interventions in mental health services. Furthermore, in the effort to increase ES construct-related validity, this article suggests further improvements to enhance the empowerment measure.

*Keywords:* Empowerment Scale, Reliability, Validity, Mental Health

---

<sup>13</sup> O presente artigo apresenta-se aqui no formato de prova adoptado pela revista científica onde foi publicado: **Jorge-Monteiro, M.F., & Ornelas, J.H.** (2014). Properties of the Portuguese version of the Empowerment Scale with mental health organization users. *International Journal of Mental Health Systems*, 8(48), doi:10.1186/1752-4458-8-48.

## Background

Nowadays, mental health services in the community are required to develop empowerment and recovery-oriented approaches that challenge traditional structures and processes in mental health practice [1,2]. This transformation is intended to facilitate community integration, recovery, and to strengthen the participation, as well as the social and political power of people with mental health issues that use those services [3-6].

Community-based research suggested that community and organizational participation fosters the developmental process of personal, social and civic empowerment [7]. Research conducted by consumer-run organizations also revealed increased personal empowerment from participating in strength-based challenging initiatives [8-10].

In the mental health field the concept of empowerment was introduced by the mutual help and advocacy movement [4] and also studied in community psychology [11]. Definitions of empowerment address the multidimensionality and the multi-level aspects of concept as it comprises individual, social and political components [12,13], whether referring to individuals, groups or communities [14].

Previously published accounts [15], considered it a continuous process of individual development of personal capacity and of community participation: individuals have awareness, optimism for the future, and confidence about decisions, thus revealing agency, and the ability to contribute to collective goals. Authors such as MA Zimmerman and J Rappaport [16] or KI Maton and AE Brodsky [7] viewed empowerment as a principle for action involving participation in groups, increased individual's control over their life-course and the potential to access and to change community resources.

MA Zimmerman and S Warschausky [17] reviewed a number of studies in rehabilitation literature revealing increased skills and awareness which improve individuals' sense of control and participation in other community activities. Those studies supported the idea that the core component of empowerment of exerting control over one's life is a vital step towards improving individual-level outcomes in rehabilitation. Mental health systems are required to develop opportunities for people's participation in decision-making and in service policy and evaluation.

Adopting an empowerment approach also implies the development of appropriate and valid outcome measures to evaluate practice in similar mental health settings, accordingly. The Empowerment Scale (*ES*) [18,19], also known as "Making Decisions Scale", is one of the

few existing empowerment outcome measures in the mental health field and therefore widely used and validated across countries and contexts [20-25] to evaluate the efficacy of interventions.

In Portugal, parallel to being the de-institutionalization objective, the reformed mental health policy (Plano Nacional para a Saúde Mental (PNSM) - 2007–2016) created a new law (DL 8/2010) for the implementation of integrated care in the community context, which reviewed a previous framework (DC 407/98) for psychosocial rehabilitation and community support services in the mental health field. The PNSM states the mental health system must address the need for the development of mental health care in the community, the users' participation and their involvement in the recovery process and personal achievements<sup>14</sup>.

The empowerment concept is a relevant principle to respond to transformative changes in the mental health system [26,27] with implications for both individual and community quality of life [17]. Based on empirical evidence, community mental health organizations (CMHO) may operate as mediating resources to foster individuals' empowerment [28-30]. Therefore, the adaptation of the ES to the Portuguese context and language is of relevance in the context of current reform and policy change towards an empowerment and recovery-oriented mental health system.

### **Development and adaptation of the ES cross-culturally**

ES Rogers, J Chamberlin, ML Ellison and T Crean [18], developed the ES in a participatory study with 261 participants from self-help groups, and established the five-factor structure for the ES: esteem and efficacy, power and powerlessness, optimism and control over the future, community activism and autonomy, and righteous anger. The authors also reported a satisfactory degree of internal consistency ( $\alpha = .86$ ) for the scale. The ES five-factor solution was further validated [19] in a study with a large number of participants ( $N = 1827$ ) from a multi-site consumer-operated services research project. The confirmatory factor analysis identified 3 items to be removed from the ES, in which the model with 28 items showed a fair fit, and thus provided a revised 25-item version for the empowerment measure. The study also examined the relation of personal empowerment with personal recovery ( $r = .67$ ) and psychiatric symptoms ( $r = -.39$ ). The shortened version, which is detailed in the method section in this article, produced better confirmatory fit statistics ( $CFI = 0.835$ ,  $GFI = 0.878$ ,  $RMSEA = .070$ , and  $NNFI = 0.835$ ), and maintained good reliability for

---

<sup>14</sup> The Portuguese plan can be retrieved from one Health Ministry website at <http://saudemental.pt/wp-content/uploads/2011/02/relatorioplanoaccaoservicossaudemental.pdf>.

the overall scale ( $\alpha = .82$ ) in terms of internal consistency. However, the subscales scores varied from a modest to an excellent internal consistency (esteem-efficacy,  $\alpha = .82$ ; power and powerlessness,  $\alpha = .59$ ; community activism and autonomy,  $\alpha = .59$ ; optimism and control over future,  $\alpha = .45$ ; righteous anger,  $\alpha = .64$ ).

PW Corrigan, D Faber, F Rashid and M Leary [25], with a group of individuals released from an inpatient service and from a partial hospitalization programme ( $N = 35$ ), used an earlier unpublished version of the ES with seven factors to test a model that included two super ordinate factors: the dimensions of self- and community orientation to empowerment. Previous reliability analysis for the subscales showed a low righteous anger ( $\alpha = .38$ ) and this factor was removed from the analysis. The remaining subscales showed good reliability ( $\alpha > .75$ ): self-efficacy, powerlessness, self-esteem, optimism and control over the future and group/community action. The Empowerment Scale was also tested with participants ( $N = 283$ ) from an outpatient public mental health service by SA Wowra and R McCarter [20] that confirmed its reliability ( $\alpha = .85$ ) and its five-factor model. Interestingly, the authors found that respondents with full-time jobs and college experience scored higher in the overall empowerment.

A review of existing literature showed the 28-item version of the Empowerment Scale had also been translated and subjected to psychometric analysis across the counties of Sweden, Japan and the Netherlands [21-24]. L Hansson and T Björkman [21] highlighted the validity of the ES in the course of a follow-up study among participants from case management services in Sweden ( $N = 92$ ) and found a very satisfactory Cronbach's alpha for the overall scale's internal consistency ( $\alpha = .84$ ), and of .64 to .90 coefficients levels for the subscales except for the power-powerlessness subscale ( $\alpha = .45$ ). The study also supported the second-order factor structure proposed in previous research [25]. The Swedish scale presented significant and positive association with quality of life, size and quality of social network and psychological functioning and associated negatively with psychiatric symptoms, needs for care, and with the negative stigmatizing attitudes.

The Empowerment Scale was also adapted for the Japanese context [24] and used in a second study with 72 respondents from one mental health day and vocational service [22] to determine their level of empowerment and to examine the ES results with social adjustment and attitudes towards negative circumstances. In both studies, significant correlations between the factors and the overall score were found, except in the case of righteous anger. Likewise, this subscale had inverse correlations with power and with optimism for the future. S Yamada

and K Suzuki [22] accounted for the significance of the righteous anger subscale in the measure. S Castelein, M van der Gaag, R Bruggeman, JT van Busschbach and D Wiersma [23], in an outpatient service in the Netherlands ( $N = 50$ ) compared the properties of three empowerment measures, including the Empowerment Scale. They reported satisfactory internal consistency for the ES ( $\alpha = .82$ ) and its sensitivity to the symptom scores.

### **Aim of the study**

Considering the need for the development of outcome measures to evaluate empowering interventions with people who experience mental illness, the current study aims to assess the reliability and validity of the Portuguese version of the Empowerment Scale. Regarding the construct validity, it was also hypothesized that empowerment would be positively correlated with personal recovery and negatively correlated with psychiatric symptoms.

## **Method**

### **Study design and data collection**

The present validation study was conducted as part of a cross-sectional research project on mental health recovery and community integration of people who have experienced mental illness[31,32]. The participants were invited by letter to participate by five Portuguese non-profit, community mental health organizations with similar programmes. All research settings in the study were *community centre* and/or *socio-occupational forum* acting under the same policy regulation for the delivery of psychosocial rehabilitation and community programmes in Portugal. Six organizations operating in urban environments were invited to take part in the study, as follows: one from the north of the country (Oporto), four from the Lisbon area or surrounding neighbourhoods (the region with the largest number of organizations including the two with the largest number of users) and, one from the south region (Faro). One of these settings (the one from the north area) was not included later in the study due to the small number of participants that agreed to participate. Most of the data collection occurred during 2012.

The study sample was one of convenience and respondents were assigned according to the criteria of age ( $\geq 18$  years), personal history of psychiatric treatment or hospitalization, participation in the rehabilitation/community programme ( $\geq 3$  months), and their willingness to participate in the study. They provided their written informed consent, demographic information and filled in three measures regarding their personal empowerment, recovery in mental health and psychiatric symptom distress. The questionnaires were filled in during

individual face-to-face interviews. Items were self-rated by the study participants but could be read by the interviewer when deemed necessary.

## Measures

The assessment protocol for the present psychometric study included a questionnaire about the demographic background of the respondents and valid measures regarding the personal empowerment, individual recovery, and psychiatric symptoms described below.

The Empowerment Scale developed by ES Rogers, J Chamberlin, ML Ellison and T Crean [18], is a tool intended to measure subjective accounts of personal empowerment among users of mental health services, on a 4-point Likert scale ranging from "strongly agree" to "strongly disagree". A high score on an ES factor score represents a high endorsement of that factor. The current study used the 25-item shortened version [19], which has reported good internal consistency ( $\alpha = .82$ ) and is composed of items such as "I am usually confident about decisions I make", "Working with others in my community can help to change things for the better" or, "I can pretty much determine what will happen in my life". The ES factors tap into five domains of self-esteem and efficacy (esteem subscale), power-powerlessness relations (power subscale) optimism and control over the future, (optimism subscale), righteous anger (anger subscale), and community activism and autonomy (activism subscale).

To analyse concurrent validity of the empowerment measure the Portuguese short version of the 24-item Recovery Assessment Scale was used (*RAS*) (MF Jorge-Monteiro and JH Ornelas: Participatory translation and validity of the Portuguese Recovery Assessment Scale, submitted). The *RAS* resulted from the a longer 41-item scale [33,34] and its items take into account domains such as personal confidence, hope for the future and attaining personal objectives, management strategies for personal well-being and having a life beyond illness or its symptoms. The *RAS* is considered to have strong psychometric properties. PW Corrigan, M Salzer, RO Ralph, Y Sangster and L Keck [33] reported excellent internal consistency ( $\alpha = .93$ ) and test-retest reliability ( $r = .88$ ) for the original scale. The Portuguese *RAS* was subjected to a rigorous process of participatory translation and adaptation and also presented excellent level of internal consistency ( $\alpha = .90$ ) and good Cronbach's coefficient alpha for the subscales ( $> .75$ ).

The ES was also tested against the Colorado Symptom Index (*CSI*), which is a measure of psychiatric symptom frequency within a temporal frame [35]. In the current study we used the brief 14-item version, in which the participant rates the frequency of symptoms

experienced in the past month according to a 5-point Likert scale (1- Not at all, 5- At least every day). KJ Conrad, JR Yagelka, MD Matters, AR Rich, V Williams and M Buchanan [36] found excellent internal consistency ( $\alpha = .90$ ) and test-retest reliability ( $r = .79$ ). The CSI includes statements such as “In the past month, how often have you felt nervous, tense, worried, frustrated, or afraid?”, “In the past month, how often did you have problems thinking too fast (thoughts racing)?”

### **Procedure and statistical analysis**

For the ES scale adaptation, the English version was translated into Portuguese by two researchers, who were also community mental health practitioners knowledgeable in empowerment theory and practice. The intermediate proposal was then translated back into English by a bilingual translator following the usual procedure combined with a debriefing meeting between researchers and translator about the accurateness of statement wording in order to achieve the Portuguese ES version.

Construct validity of the ES was determined with confirmatory factor analysis [37] using a maximum likelihood estimation method to test the factorial validity of the measure. The model adequacy was analysed by the Comparative Fit Index ( $CFI > .90$ ), Tucker-Lewis coefficient ( $TLI > .90$ ), Goodness of Fit Index ( $GFI > .90$ ), Root-Mean Square Error of Approximation ( $RMSEA < .05$  with 90%  $CI < .10$ ), Parsimony CFI ( $PCFI > .80$ ) fit indices and; the  $\chi^2$  statistics ( $\chi^2/df < 5$ ) which are acceptable indices of fit and were used to determine the adequacy of the model of measure [38,39]. The parameter estimates of the refined model were also examined for significance level ( $> 2.56; p 0.01$ ) [40,41].

Reliability was also assessed with Cronbach's alpha coefficient for internal consistency, for the overall scale and its subscales. Distribution properties of ES items were evaluated with skewness, kurtosis and, with multivariate kurtosis coefficients. The convergent and discriminant validity of the Portuguese ES were also tested using bivariate Pearson correlation coefficients. Background characteristics of the participants were examined with independent sample t-tests and chi square tests to assess homogeneity among the sample of participants across the settings. The missing values (<5% of data) were previously substituted for their respective means in the cases of less than 3 missing values per participant. All analyses were performed using the AMOS v.20 and SPSS v.19 statistical packages.

## **Ethical considerations**

The study protocol was previously subjected to approval by the administrative bodies of those CMHOs which had been independently granted permission for the data collection. The participants received oral and written information about the study's purpose and about their rights. The respondents' anonymity was ensured and participation in the study was voluntary. All of them received a 6 Euro incentive for participation in the larger cross-sectional study.

## **Results**

### **Participants**

The respondents comprised 213 participants using psychosocial and community support programmes from five community mental health organizations. Participants were aged between 19 to 74 years ( $M = 41.57 \pm 10.35$ ), 143 were men (67.1 %). The self-reported number of psychiatric hospitalizations varied from no hospitalization at all to 30 times during their lifetime ( $M = 2.29 \pm 3.99$ ). Background demographic data described in Table 1 provides a detailed description of the study participants.

As the sampling procedure was one of convenience, participants were divided into two groups to observe their equivalence across the study settings as regards age, gender, symptoms and psychiatric diagnosis (48.7% self-reported schizophrenia). One group was composed of participants from CMHO-A with the larger number of participants ( $n = 93$ ) and compared with participants from the other four organizations each with a smaller number of participants ( $n = 120$ ), consequently resulting in two approximately equal halves. Results from independent-samples t-test showed that statistically significant differences were not found between the groups in terms of age  $t(211) = .94, p = .348$  and the level of reported symptoms  $t(211) = -1.19, p = .232$ . Similarly, were observed non-significant associations in terms of gender  $X^2(2, N = 231) = .65, p < .05$  and of diagnosis of schizophrenia  $X^2(2, N = 213) = .91$  from the chi square statistic. The group comparison allowed ascertaining the quality of the sample for current analysis in terms of background characteristics.

**Table 1 Background characteristics of participants (N =213)**

<b>Characteristic</b>	<b>n(%)</b>	<b>Characteristic</b>	<b>n(%)</b>
<b>Psychiatric Diagnosis</b>		<b>Education (attended)</b>	
Schizophrenia	125 (58.7)	9 yrs	111 (52.1)
Bipolar Disorder	33 (15.5)	12 yrs	56 (26.3)
Depression	23 (10.8)	Higher Ed.	41 (19.3)
Other	30 (14.1)	Total	212 (99.5)
Total	211 (99.1)	<b>Employment status</b>	
<b>Age, ranges</b>		Employed	8 (3.8)
<30 yrs	31 (14.6)	Unemployed	66 (31.0)
30-39 yrs	55 (25.8)	Retired	44 (20.7)
40-49 yrs	81 (38.0)	Social security	72 (33.8)
50-59 yrs	38 (17.8)	Vocational Trainee	18 (8.5)
≥60 yrs	8 (3.8)	Volunteer	2 (1.4)
Total	213 (100.0)	Total	213 (100.0)
<b>Participation in programme, ranges</b>		<b>Supported Employment</b>	
<6 months	18 (8.5)	Yes	29 (13.6)
6 m – 2 yrs	55 (25.8)	No	184 (86.4)
3 yrs – 5 yrs	57 (26.8)	Total	213 (100.0)
6 yrs – 10 yrs	46 (21.6)	<b>Live with</b>	
>10 yrs	37 (17.4)	Alone	29 (13.6)
Total	213 (100.0)	Family	112 (52.6)
		Partner /Spouse	11 (5.2)
		Others (no family)	54 (25.4)
		Total	213 (100.0)
<b>Number psychiatric hospitalizations</b>		<b>Independent Living</b>	
No hospitalization	51 (23.9)	Yes	17 (8.0)

1-2	70 (32.8)	No	196 (92.0)
3-5	55 (25.9)	Total	213 (100.0)
6-9	22 (10.4)	<b>Group Home</b>	
> 10	8 (3.8)	Yes	48 (22.5)
Total	206 (96.7)	No	165 (77.5)
<b>Marital status</b>		Total	213 (100.0)
Single	176 (82.6)	<b>Distribution by CMHO</b>	
Married/Relationship	11 (5.2)	CMHO-A	93 (43.7)
Divorced / Widowed/	26 (12.2)	CCMO-B	25 (11.7)
Total	213 (100.0)	CMHO-C	30 (14.1)
		CMHO-D	35 (16.4)
		CMHO-E	30 (14.1)

### Construct-related validity and reliability

The results of the confirmatory factor analysis to examine the ES construct validity suggested a fair fit of the five-factor model with 25 items, identified as Model 1 for the purpose of this study (Table 2) [38,39]. The reliability analysis on the 25-item ES estimated an overall satisfactory internal consistency with Cronbach's alpha coefficient level of .76. Considering the outcome data, subsequent analysis was conducted to improve the model's fit and determine a better adjustment with this sample of participants.

**Table 2 Model fit statistics from CFA for Portuguese version of the ES**

	$\chi^2/df$	CFI	TLI	GFI	RMSEA	PCFI
Model 1	2.210	.780	.751	.813	.076	.689
Model 2	1.779	.896	.876	.886	.061	.750

The ES model was refined according to the observed item factor loadings ( $< .45$  in the current study), and the modification indices greater than 11 ( $p < .001$ ) [38]. Five items (“People have more power if they join together as a group”, “Most of the misfortunes in my life were due to bad luck”, “Experts are in the best position to decide what people should do or learn”, “When I am unsure about something, I usually go along with the rest of the group”; and “I feel I have a number of good qualities” items 2, 7, 15, 20 and 23 respectively) were excluded from the model because they presented a low factor weight in their respective first-order factor.

Model 2 of the ES had co-variances/correlated errors between the item “I am usually confident about the decisions I make” and the item “I feel I am a person of worth, at least on an equal basis with others” ( $-.32$ ) from the esteem factor. Model 2 still did not attain the best standard for optimal quality. However, the refined model was retained for the current analysis as it confirmed a better goodness-of-fit with a  $\chi^2/df = 1.779$  and fit indices of:  $CFI = .896$ ,  $TLI = .876$ ,  $GFI = .886$ ,  $PCFI = .750$ , and  $RMSEA$  estimation of  $.061$ , 90%  $CI$  [ $.05$ ;  $.07$ ], which is considered to be reasonable, as current results were similar and somewhat higher than those of the original study [19]. All parameter estimates registered as significant at  $p = 0.01$  ranging between 2.81 and 9.42. Lower parameter estimates were found among the power and anger factors elements. Conversely, esteem/efficacy, optimism and, activism/autonomy factors presented higher parameter estimates levels.

All individual items loaded enough on the respective first-order factor, with their weights ranging from  $.48$  to  $.74$  (Table 3). The ES distribution properties were evaluated according to *skewness* and *kurtosis* of items’ frequency distribution. Items did not deviate from normal distribution ( $sk < 3$ ;  $ku < 10$ ), which enabled the chosen validity analysis. Multivariate kurtosis was also observed (Kurtosis = 4.07). Nevertheless, the confirmatory method of maximum likelihood estimation used in this analysis, would be robust to non-normal distribution of data [38].

**Table 3 Descriptives, Item-total correlation, factor loadings, Cronbach's alpha for the Portuguese version of ES**

Item/Scales	Min-Max	Mean	SD	$\alpha$	Item-total correlation	Factor loadings <sup>a</sup>	SK	KU
<b>Esteem and Efficacy</b>		<b>3</b>	<b>.52</b>	<b>.87</b>				
ES04	1 - 4	3.04	.74	.61	.73	-.569	.373	
ES05	1 - 4	2.92	.74	.52	.71	-.368	-.029	
ES08	1 - 4	3.13	.72	.55	.67	-.583	.302	
ES11	1 - 4	3.05	.68	.54	.60	-.515	.695	
ES13	1 - 4	2.80	.76	.58	.73	-.354	.070	
ES16	1 - 4	2.97	.73	.59	.64	-.464	.208	
ES17	1 - 4	2.95	.72	.60	.67	-.392	.135	
ES21	1 - 4	3.14	.72	.58	.64	-.672	.646	
<b>Power – Powerlessness</b>		<b>2.41</b>	<b>.73</b>	<b>.56</b>				
ES14	1 - 4	2.38	.92	.19	.74	-.040	-.893	
ES19	1 - 4	2.44	.83	.13	.54	-.021	-.558	
<b>Activism and Autonomy</b>		<b>3.19</b>	<b>.49</b>	<b>.72</b>				
ES10	1 - 4	3.26	.68	.33	.60	-.781	.928	
ES18	1 - 4	3.15	.73	.37	.56	-.754	.764	
ES22	1 - 4	2.96	.79	.20	.48	-.618	.240	

---

ES24	1 - 4	3.22	.67	.47	.66	-.662	.167
ES25	1 - 4	3.32	.67	.37	.64	-.951	.167
<b>Optimism over Future</b>		<b>2.72</b>	<b>.75</b>	<b>.52</b>			
ES01	1 - 4	2.59	.95	.40	.49	.067	-.965
ES12	1 - 4	2.84	.867	.56	.73	-.347	-.532
<b>Righteous Anger</b>		<b>2.09</b>	<b>.61</b>	<b>.55</b>			
ES03	1 - 4	2.05	.83	.00	.51	.615	.028
ES06	1 - 4	2.19	.88	-.11	.62	.501	-.343
ES09	1 - 4	2.02	.79	-.05	.49	.665	.348
<b>Total</b>		<b>2.82</b>	<b>.35</b>	<b>.79</b>			

---

Note.<sup>a</sup> obtained from the CFA for the adjusted model (Model 2).

The findings as regards item-total correlations, also presented in Table 3, varied from moderate to strong for items in the esteem and efficacy factor; moderate among community activism and autonomy and in optimism over future items; and appeared modest and poor in items from power-powerless and righteous anger, indicating that those items revealed a divergence from the total construct measure used in this study.

An overall empowerment mean score for the sample and for each factor/subscale was obtained by summing the scores of individual items and dividing by the total number of items (Table 3). The mean score for the total scale ( $M = 2.82 \pm .35$ ) was similar to that of the original validation study and above the mid-point for the measure that indicates a high score outcome. The new model solution improved the overall ES reliability in terms of internal consistency ( $\alpha = .79$ ) as presented in Table 3. Cronbach's alpha coefficient for the subscales ranged from fair to good (esteem,  $\alpha = .87$ ; power,  $\alpha = .56$ ; activism,  $\alpha = .72$ ; optimism,  $\alpha = .52$ ; and anger,  $\alpha = .55$ ).

The estimated bivariate correlations ( $p < .01$ ) among the ES factors ranged from strong to fair (Table 4). Strong to moderate associations were found between the esteem factor and optimism over the future ( $r = .65$ ) and community activism ( $r = .44$ ); and between activism and optimism ( $r = .28$ ). The power factor had poor inter-correlations with esteem ( $r = .20$ ) and with anger ( $r = .01$ ) factors, appearing as independent factors. Poor negative correlations were found between righteous anger and esteem ( $r = -.17$ ) and with optimism ( $r = -.15$ ) factors ( $p < .05$ ). Non-significant correlations ( $p > .05$ ) were also estimated between power and activism, and optimism factors; and between activism and anger. Bivariate correlations between the total score of the ES and its subscale scores presented very strong and moderate associations (esteem,  $r = .89$ ; optimism,  $r = .70$ ; activism,  $r = .63$ ; power,  $r = .34$ ) with the exception of the righteous anger factor with a non-significant estimation ( $p > .05$ ,  $r = .09$ ).

**Table 4 Pearson correlations among the ES first-order latent factors and with the external variables**

Scale	F1	F2	F3	F4	F5	RAS	CSI
F1. Esteem-efficacy							
F2. Power-powerlessness	.20						
F3. Community activism-autonomy	.44	-.09 <sup>o</sup>					
F4. Optimism/control over future	.65	.16 <sup>o</sup>	.28				
F5. Righteous anger	-.17 <sup>*</sup>	.01	-.12 <sup>o</sup>	-.15 <sup>*</sup>			
RAS	.72	.12	.45	.51	-.11 <sup>o</sup>		
CSI	-.21	-.35	.05 <sup>o</sup>	-.13 <sup>o</sup>	-.03 <sup>o</sup>	-.22	
ES	.89	.34	.63	.70	.09 <sup>o</sup>	.71	-.22

*Note.* All correlations are significant at  $p < .01$  level, with the following exceptions: (\*) - significant at  $p < .05$  level and (°) – not significant ( $p > .05$ ).

The Pearson's correlation coefficients between the total scale and the RAS and the CSI measures are presented in Table 4. As hypothesized, estimates showed the Empowerment Scale strongly correlated with personal recovery ( $r = .71$ ). The analysis also found moderate inverse correlations of the CSI psychiatric symptom index with the ES ( $r = -.22$ ) and RAS ( $r = -.22$ ) scores, suggesting that, although related, the empowerment and recovery scales are measuring something very different from manifestations of the illness.

A similar analysis was also conducted between the empowerment subscales and the external variables. The esteem ( $r = -.21$ ) and power ( $r = -.35$ ) subscales presented negative correlations with the CSI total score and non-significant correlations ( $p > .05$ ) with optimism ( $r = -.13$ ), activism ( $r = -.05$ ) and with anger ( $r = -.03$ ). The RAS overall score showed positive correlations ( $p < .01$ ) with esteem ( $r = .72$ , optimism ( $r = .51$ ); activism ( $r = .45$ ) and power ( $r = .12$ ) subscales; but non-significant ( $p > .05$ ) correlation with righteous anger ( $r = -.11$ ). The interpretation of these results needs to take into consideration the reported data on internal consistency for the subscales.

### Discussion

To the best of our knowledge, this is the first empirical study to use the 25-item Empowerment Scale short version [19]. The current study replicated the proposed five-factor

model to assess reliability and validity of the Portuguese version with a sample of 213 participants from five representative CMHO psychosocial/community support programmes. Our respondents' sample represents an important portion of users taking advantage of these services in Portugal. A report of the "Carta Social" (Social Chart) from 2012 showed that 800 people were supported by this type of programme. This data is available at a website from the Social Security Institute (<http://www.cartasocial.pt/pdf/csocial2012.pdf>).

Observing the findings from reviewed studies [10,12,25], they suggested the usefulness of empowerment as a psychological construct for people who experience mental illness in diverse clinical and social environments, as well as cultures. Thus, the processes of empowerment are relevant features in current mental health interventions [1,28] and throughout worldwide mental health policy reform and transformation [2,26]. Therefore, it is important to have construct-related validity of translated measures to facilitate the study and comparison of intervention efficacy across different countries' mental health systems.

From our factorial validity analysis, in the face of preliminary unsatisfactory fit statistics which were nonetheless not so wrong as to be inadmissible, the ES model required its refinement to achieve a better and reasonable adjustment to the data. The adjusted model yielded a better 20-item solution [39]. The original validation study from ES Rogers, RO Ralph and MS Salzer [19], revealed similar quality issues.

Confirmatory factor analysis performance is impacted by circumstances that may affect the validity of outcome measurements such as the hypothesised model, the measurement instrument itself (e.g. number of items per latent factor and its feasibility), the sample size, multivariate normality and the parameter estimates [38,40]. Concerning the theoretical model, the ES is a consumer-constructed scale strongly anchored in the mental health advocacy consumer movement [4,18] and that background foundation is consistent and relevant for the ongoing transformative changes in mental health systems [2]. The measure is based on an empowerment definition that incorporates process components such as being hopeful, learning and thinking critically in terms of personal agency and efficacy and decision making, which are psychological-related dimensions; and group/community-oriented dimensions such as the relationship to the institutionalized power, including learning about expressing righteous anger, feeling part of a group, increased capacity to act, and effecting change in one's community [4,9,14,15]. Therefore, one may consider that the model under consideration captures essential empowerment domain criteria in the mental health field and in users' experience.

Current factorial validity of the Portuguese version of ES revealed respect for non-severe violation of multivariate normality and presented reliable parameter estimates [40]. On the other hand, the refined measurement confirmed two latent factors (optimism and power) with less than three items in the model which maybe is considered an impairment in the performance of an outcome measure [42]. Also the five excluded items appeared to be theoretically related with personal empowerment developmental processes, excepting just two of them (“Most of the misfortunes in my life were due to bad luck”, and “I feel I have a number of good qualities”) that may not demonstrate an empowerment feature but just general qualities. According to current analysis, though consistent with empowerment theory, the excluded items may reflect a different portion of empowerment processes not sufficiently pertinent to the factors presented in the model [40,43,44].

The present study also found strong to moderate correlations between the overall empowerment scale and its subscales with the exception of the “anger” subscale, which showed no significant association. This non-significant correlation was also mirrored in the “anger” subscale item-total results, underlining the specificity of the variable within the measure. These factorial-related findings are close to what was found in other studies [19,21,22,25] with few items systematically weighted at latent factors different from the original ones. S Yamada and K Suzuki [22] also highlighted the significance of the righteous anger subscale when applying the ES cross-culturally, namely how respondents perceive anger behaviours, attitudes and judgements. In our case, questions of how to translate “anger” and, “angry” into the Portuguese language, may be pertinent [42,43].

L Hansson and T Björkman [21], considered that the inherent contradiction in subscale items, some addressing perceived power and others addressing perceived powerlessness may affect the internal consistency of the “power” subscale. In the present study, most items in those subscales presented lower item-total correlations although they still loaded enough in the respective factors and, coincidentally most inversely-stated items dropped from the adjusted model. While aiming for response accuracy, that approach may have been somewhat confusing for the respondents [45].

For the current study with this sample of community mental health users, both circumstances, such as the comprehensiveness of the model of measure in terms of manifest and latent theoretical components across stages of personal empowerment and; the accurateness of the measurement in terms of some items inversely stated, the number of items per factor and the

cultural or context specificity of the righteous anger factor, may have affected significantly ES factorial validity estimates [40,44].

The exclusion of items is not considered a sufficient reason for model improvement, rather it had the purpose of finding the better adjustment of the model in relation to the data with the current sample of participants [38,40,41]. In order to obtain a stronger ES there is a need for further investigation to improve its less robust aspects. Issues of ES content validity should be substantiated with constituent involvement in qualitative methods. Small group with people who experienced mental illness at different stages and from diverse contexts of participation (*eg.* psychosocial, community integration supports and advocacy), are a way of exploring arenas of personal empowerment across mental health system settings. Content validity must also combine *thinking-aloud* with *verbal probing* techniques for cognitive item evaluation, particularly in the cases of “righteous anger” and “power-powerlessness” items to verify potential issues of lexical accuracy and cultural or contextual-related aspects [43,45].

According to ES Rogers, RO Ralph and MS Salzer [19], empowerment is a construct that can be positively affected by settings characteristics and thus may be a modifiable psychological outcome in mental health. The construct-related validity is, therefore, a continuing process; it cannot be proved definitively [43]. This empowerment assumption is of relevance to its relation with the values and empowerment-recovery orientation of the current mental health systems as they change worldwide [2].

Another assumption of empowerment is that an individual does not have to display every quality specified by the definition because it is not an a defining “status” but rather a process of growth and change through participation [4,15]. The results from our study demonstrated that the overall mean score for the sample was above the midpoint for the instrument, which indicates a high level of empowerment for the current study participants from community programmes.

In terms of reliability analysis, the refined ES achieved an overall satisfactory internal consistency level, which parallels the Rogers’ study. Consistent with factorial data, current results for the subscales’ internal consistency varied from good to excellent in the esteem-efficacy and activism components but less satisfactory for perceived power, optimism and anger subscales, as reported by Cronbach’s alpha correlation levels.

Likewise the authors of the original study [19], due to identical subscale reliability issues, proposed solely the use of the overall ES as a valid and reliable measure. The 20-item

Portuguese ES also proved reliability for its use as an overall empowerment measurement which permitted the use of the conducted convergent and discriminant validity analysis with the concurrent measures of recovery and symptoms.

Consistent with conceptual and empirical assumptions, empowerment and recovery showed themselves to be strongly associated, as empowerment is considered an important mediator for mental health recovery [6,8,9,27,30]. The concurrent analysis for the overall scale confirmed the hypothesized results. Findings indicate that the ES is measuring a defined psychological construct that is qualitatively-related in the same direction with personal recovery; and inversely with manifest psychiatric symptoms. Our results were similar to those from the reviewed studies with the same or equivalent measures [19,21,25].

The current study determined satisfactory reliability of the overall ES for its use in community mental health organizations. Validity was also assessed and ensured by the convergent and discriminant analysis in terms of construct validity, being that the inputs of the factorial analysis highlighted the need for improvements to the model in order to achieve a stronger empowerment measurement in the context of the mental health system.

### **Strengths and limitations**

The current study is, to the best of our knowledge, the only psychometric study using the ES shortened version [19] with participants from community mental health organizations. While parameter estimates were reliable, with the sample size being an important condition performing structural equation modeling (number of cases per estimated parameter) the ratio of 4.17 needs to be reported here [38,46]. Facing the scarcity of empowerment measures in the mental health field, the development of a reliable Portuguese measure of personal empowerment is a fundamental requirement for there to exist empowerment/recovery-oriented measures in the mental health services. The translated equivalent ES also fosters the capacity to compare results on empowerment across different countries. This study also added evidence of the need for future factorial evaluation of the ES scale.

### **Conclusions**

This study provided a unique empowerment outcome measure in the community mental health field in Portugal; it also represented a shift in the capacity to develop studies on empowerment across a number of countries. The performed validity analysis reported convergent and discriminant validity of the empowerment construct and underlined the need to improve its factorial-related validity. The authors also presented suggestions to address

such a need. Despite the necessity for an enhanced measurement the findings indicate that the current overall ES is reliable for the use in the Portuguese community mental health field.

### **Competing interests**

The authors declare that they have no competing interests.

### **Authors' contributions**

MFJM and JHO designed the study. MFJM interviewed and collected the data as a member of the research project, performed the statistical analysis and drafted the original paper. MFJM and JHO revised the paper and approved the final version.

### **Acknowledgments**

The present article was supported by a project grant PTDC/PSIPCL/113301/2009 from the Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT) and by a doctoral scholarship FCT/BD/65518/2009. Authors thank the research project's personnel for their contribution in collecting and inserting the data.

### **References**

1. Nelson G, Lord J, Ochocka J: *Shifting the paradigm in community mental health: towards empowerment and community*. Toronto: University of Toronto Press; 2001.
2. Nelson G, Kloos B, Ornelas J: *Community Psychology and Community Mental Health: Towards Transformative Change*. New York: Oxford University Press; 2014.
3. Ornelas J, Vargas-Moniz M, Duarte T: **Community psychology and social change: a story from the field of mental health in Portugal**. *Global Journal of Community Psychology Practice* 2010, **1**(1):21–31.
4. Chamberlin J: **A working definition of empowerment**. *Psychiatr Rehabil J* 1997, **20**(4):43–46.
5. Wakefield PA, Randall GE, Richards DA: **Identifying barriers to mental health system improvements: An examination of community participation in assertive community treatment programs**. *Int J Ment Heal Syst* 2011, **5**:27.
6. Ornelas J, Duarte T, Jorge-Monteiro MF: **Transformative organizational change in community mental health**. In *Community Psychology and Community Mental Health: Towards Transformative Change*. Edited by Nelson G, Kloos B, Ornelas J. New York: Oxford University Press; 2014:253–277.

7. Maton KI, Brodsky AE: **Empowering community settings: Theory, research, and action.** In *Empowering settings and voices for social change*. Edited by Aber MS, Maton KI, Seidman E. New York, NY US: Oxford University Press; 2011:38–64.
8. Segal SP, Silverman CJ, Temkin TL: **Outcomes from consumer-operated and community mental health services: a randomized controlled trial.** *Psychiatr Serv* 2011, **62**(8):915–921.
9. Brown LD: **How people can benefit from mental health consumer-run organizations.** *Am J Community Psychol* 2009, **43**(3–4):177–188.
10. Nelson G, Lomotey J: **Quantity and quality of participation and outcomes of participation in mental health consumer-run organizations.** *J Ment Health* 2006, **15**(1):63–74.
11. Rappaport J: **In praise of paradox: A social policy of empowerment over prevention.** *Am J Community Psychol* 1981, **9**(1):1–25.
12. Segal SP, Silverman C, Temkin T: **Measuring empowerment in client-run self-help agencies.** *Community Ment Health J* 1995, **31**(3):215–227.
13. Speer PW, Peterson NA: **Psychometric properties of an empowerment scale: Testing cognitive, emotional and behavioral domains.** *Soc Work Res* 2000, **24**(2):109–118.
14. Zimmerman MA: **Empowerment theory: Psychological, organizational, and community levels of analysis.** In *Handbook of community psychology*. Edited by Rappaport J, Seidman E. Dordrecht Netherlands: Kluwer Academic Publishers; 2000:43–63.
15. Kieffer C: **Citizen empowerment: a developmental perspective.** *Prev Hum Serv* 1984, **3**:9–36.
16. Zimmerman MA, Rappaport J: **Citizen participation, perceived control, and psychological empowerment.** *Am J Community Psychol* 1988, **16**(5):725–750.
17. Zimmerman MA, Warschausky S: **Empowerment theory for rehabilitation research: Conceptual and methodological issues.** *Rehabil Psychol* 1998, **43**(1):3–16.
18. Rogers ES, Chamberlin J, Ellison ML, Crean T: **A consumer-constructed scale to measure empowerment among users of mental health services.** *Psychiatr Serv* 1997, **48**(8):1042–1047.

19. Rogers ES, Ralph RO, Salzer MS: **Validating the Empowerment Scale with a multisite sample of consumers of mental health services.** *Psychiatr Serv* 2010, **61**(9):933–936.
20. Wowra SA, McCarter R: **Validation of the Empowerment Scale with an outpatient mental health population.** *Psychiatr Serv* 1999, **50**(7):959–961.
21. Hansson L, Björkman T: **Empowerment in people with a mental illness: Reliability and validity of the Swedish version of an empowerment scale.** *Scand J Caring Sci* 2005, **19**(1):32–38.
22. Yamada S, Suzuki K: **Application of Empowerment Scale to patients with schizophrenia: Japanese experience.** *Psychiatry Clin Neurosci* 2007, **61**(6):594–601.
23. Castelein S, van der Gaag M, Bruggeman R, van Busschbach JT, Wiersma D: **Measuring empowerment among people with psychotic disorders: A comparison of three instruments.** *Psychiatr Serv* 2008, **59**(11):1338–1342.
24. Hata A, Akiyama N, Kaneko M, Maeda K, Tsujii K, Asai H: **Applying the Japanese version of 'Empowerment Scale' to schizophrenia patients.** *Seishin Igaku (Clinical Psychiatry)* 2003, **45**(7):733–740.
25. Corrigan PW, Faber D, Rashid F, Leary M: **The construct validity of empowerment among consumers of mental health services.** *Schizophr Res* 1999, **38**(1):77–84.
26. Fisher DB, Spiro L: **Finding and using our voice: How consumer/survivor advocacy is transforming mental health care.** In *Mental health self-help: Consumer and family initiatives*. Edited by Brown LD, Wituk S. New York, NY US: Springer Science + Business Media; 2010:213–233.
27. Zahniser JH, Ahern L, Fisher D: **How the PACE program builds a recovery-transformed system: results from a national survey.** *Psychiatr Rehabil J* 2005, **29**(2):142–145.
28. Jorge-Monteiro MF, Aguiar R, Sacchetto B, Vargas-Moniz M, Ornelas JH: **What transformation? A qualitative study on empowering settings and community mental health organizations.** *Global Journal of Community Psychology Practice* 2014, **5**(1):1–13.
29. Maton KI: **Empowering community settings: Agents of individual development, community betterment, and positive social change.** *Am J Community Psychol* 2008, **41**(1–2):4–21.

30. Barrett B, Young MS, Teague GB, Winarski JT, Moore KA, Ochshorn E: **Recovery orientation of treatment, consumer empowerment, and satisfaction with services: A mediational model.** *Psychiatr Rehabil J* 2010, **34**(2):153–156.
31. Ornelas J, Aguiar R, Sacchetto B, Jorge-Monteiro MF: **Community-based participatory research: A collaborative study to measure capabilities towards recovery in mental health community organizations.** In *Psychology, Community & Health. vol. 1.* Psych Open; 2012:3–18.
32. Ornelas J: *Promoção das capacidades e a integração de pessoas com doença mental: O papel de uma organização de base comunitária (Relatório Final, PTDC/PSI-PCL/113301/2009).* Fundação para a Ciência e Tecnologia: Lisboa; 2014.
33. Corrigan PW, Salzer M, Ralph RO, Sangster Y, Keck L: **Examining the factor structure of the recovery assessment scale.** *Schizophr Bull* 2004, **30**(4):1035–1041.
34. Corrigan PW, Giffort D, Rashid F, Leary M, Okeke I: **Recovery as a psychological construct.** *Community Ment Health J* 1999, **35**(3):231–239.
35. Shern DL, Wilson NZ, Coen AS, Patrick DC, Foster M, Bartsch DA, Demmler J: **Client outcomes: II. Longitudinal client data from the Colorado treatment outcome study.** *Milbank Quarterly* 1994, **72**(1):123–148.
36. Conrad KJ, Yagelka JR, Matters MD, Rich AR, Williams V, Buchanan M: **Reliability and validity of a modified Colorado Symptom Index in a national homeless sample.** *Ment Health Serv Res* 2001, **3**(3):141–153.
37. Arbuckle J: *Amos 5.0 update to the Amos user's guide.* Chicago: Smallwaters Corporation; 2003.
38. Maroco J: *Análise de Equações Estruturais: fundamentos teóricos, software e aplicações.* Reportnumber: Pero Pinheiro; 2010.
39. Hu L, Bentler PM: **Evaluating Model Fit.** In *Structural Equation Modeling: Concepts, Issues and Applications.* Thousand Oaks: Sage Publications; 1995:76–99.
40. Hoyle RH: **The structural equation modeling approach: Basic concepts and fundamental issues.** In *Structural equation modeling: Concepts, issues, and applications.* Edited by Hoyle RH. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc; 1995:1–15.

41. Kline RB: *Principles and practice of structural equation modeling*. 2nd edition. New York, NY, US: Guilford Press; 2005.
42. Haynes SN, Richard DCS, Kubany ES: **Content validity in psychological assessment: A functional approach to concepts and methods**. *Psychol Assess* 1995, **7**(3):238–247.
43. McDowell I: **The theoretical and technical foundations of health measurement**. In *Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires (3rd ed)*. Edited by McDowell I. New York, NY, US: Oxford University Press; 2006:10–54.
44. Foster SL, Cone JD: **Validity issues in clinical assessment**. *Psychol Assess* 1995, **7**(3):248–260.
45. Willis GB, DeMaio TJ, Harris-Kojetin B: **Is the bandwagon headed to the methodological promised land? Evaluating the validity of cognitive interviewing techniques**. In *Cognition and Survey Research*. Edited by Sirken MG, Schechter S, Schwarz N, Tanur JM, Tourangeau R. New York: John Wiley & Sons; 1999:133–153.
46. MacCallum RC, Widaman KF, Zhang S, Hong S: **Sample size in factor analysis**. *Psychol Methods* 1999, **4**(1):84–99.

## Capítulo 3



## Recovery Assessment Scale: Testing Validity with Portuguese Community-based Mental Health Organization Users<sup>15</sup>

### Abstract

The aim of the present study was to develop the Portuguese version of the Recovery Assessment Scale (RAS-P), and to assess the validity of the findings using the revised test, with 213 users from five non-profit community-based mental health organizations. Participants in the assessment completed a self-reported survey investigating their sense of personal recovery, personal empowerment, capabilities achievement, psychiatric symptoms' frequency and demographic data. Evidence from exploratory and confirmatory factor analyses using the 24-item version of the test, validated a 4-factor structure for the RAS-P model based on the dimensions of: Personal Goals and Hope; Managing Help Needs; Supportive Interpersonal Relationships; and Life Beyond Symptoms, consistent with components of the recovery process. Convergent and discriminant validity was also achieved using bivariate correlation coefficients among the four subscales' scores, between the overall scale and the subscales; and in relation with external variables. Findings allowed for the interpretation that the RAS-P is measuring a particular psychological construct, which is different from symptoms of the mental illness. A hypothesized significant association with personal empowerment and with capabilities achievement was demonstrated. Positive association was also found between participants' use of recovery-oriented services such as: independent housing or supported employment programs. The RAS-P scores also revealed excellent internal consistency for the overall scale ( $\alpha = .90$ ), and good for the subscales ( $>.75$ ) which attest for its precision in measurement. Concluding, the study proved the RAS-P a reliable and useful tool in the context of the community mental health practice.

*Keywords:* Recovery, Scale, Reliability, Validity, Portuguese

The vision of *recovery* was initially developed through the narratives of people who have experienced mental illness, introducing new perspectives on the possibilities of growth and life achievement of people diagnosed with a mental condition (Ahern & Fisher, 1999; Chamberlin, 1984; Deegan, 1988, 2005; Leete, 1989; Lovejoy, 1982). Since then, an increasing number of studies have described the recovery concept as being a multidimensional construct and evolutionary process incorporating spheres that go beyond the hardships of experiencing a mental illness. Mental illness recovery is now understood to involve hope for the future, to reveal a positive identity development, the establishment of personal meaningful goals and accountability, feeling included and connected with others, and contributing to community life, (Andresen, Oades, & Caputi, 2003; Jacobson & Greenley, 2001; Lloyd, Waghorn, & Williams, 2008; Onken, Craig, Ridgway, Ralph, & Cook, 2007; Ralph, 2000; Sells et al., 2006; Slade et al., 2012; Young & Ensing, 1999).

---

<sup>15</sup> O conteúdo deste capítulo foi publicado no seguinte artigo: **Jorge-Monteiro, M.F., & Ornelas, J.H.** (in press). Recovery Assessment Scale: Testing validity with Portuguese community mental health organization users. *Psychological Assessment*.

The traditional perspectives in mental health that assigned a path of poor social functioning for every person with a diagnosis of mental illness, were challenged by longitudinal and qualitative research evidence regarding personal recovery in mental illness (Davidson, Harding, & Spaniol, 2005; Davidson, Sells, Songster, & O'Connell, 2005; Hancock, Bundy, Honey, Helich, & Tamsett, 2013; Harding, Brooks, Ashikaga, Strauss, & Breier, 2005; Ridgway, 2001).

Published accounts also highlighted the association between the recovery process and the participation in empowering settings (Brown, 2009; Corrigan, 2006; Randall & Salem, 2005). An individual's empowerment is indeed considered a component or a moderator of the personal recovery process (Brown, 2012; Fisher, 1994; Ralph, 2000; Rappaport, 1993).

Several authors proposed the introduction of the Nussbaum's capabilities framework in the mental health service system, to ensure the recovery orientation is put into practice (Davidson, Ridgway, Wieland, & O'Connell, 2009; Hopper, 2007; Ware, Hopper, Tugenberg, Dickey, & Fisher, 2008). The capabilities framework drew attention to people's agency, opportunities and contexts, in other words, the options available in society to people in order to exert their own citizenship (Nussbaum, 2000). It is considered a more appropriate framework to rather compare to what extent settings promote people's community integration and recovery as opposed to their isolation in the mental health service system (Davidson et al., 2009; Ware, Hopper, Tugenberg, Dickey, & Fisher, 2007).

In many countries, empowerment and capabilities perspectives have challenged existing mental health programs, shifting them towards recovery-based procedures (Chamberlin & Rogers, 1990; Corrigan, 2006; Davidson et al., 2009; Farkas, Gagne, Anthony, & Chamberlin, 2005; Fisher & Spiro, 2010; Mueser, 2012; Ornelas, Duarte, & Jorge-Monteiro, 2014). The evaluation of effective mental health transformative interventions requires the use of adequate assessment instruments; and a shift from clinical/illness-focused measures towards recovery and empowerment-oriented psychological assessments (Davidson et al., 2009; Nelson, Kloos, & Ornelas, 2014; O'Connell, Tondora, Croog, Evans, & Davidson, 2005). Several recovery-focused outcome measures have been developed and their psychometric properties analyzed by scholarly publication (Andresen, Oades, & Caputi, 2011; Cavelti, Kvrjic, Beck, Kossowsky, & Vauth, 2012; Hancock et al., 2013; Shanks et al., 2013; Weeks, Slade, & Hayward, 2011; Wilrycx, Croon, van den Broek, & van Nieuwenhuizen, 2012).

The Recovery Assessment Scale (RAS) which was developed by Corrigan, Giffort, Rashid, Leary, and Okeke (1999), is considered a useful measure to assess personal recovery with people who had experienced a mental illness (Corrigan, Salzer, Ralph, Sangster, & Keck, 2004). The RAS was implemented across a number of countries, therefore accomplishing a sound empirical evidence base (Cavelti et al., 2012; Salzer & Brusilovskiy, 2014; Shanks et al., 2013).

### **Development and Cross-Cultural Adaptation of the RAS**

The RAS is a 41-item scale developed through a qualitative study involving people who have had mental illness experiences (Corrigan et al., 1999). Most of the items were generated through content analysis of four separate recovery stories and only two further items were generated after a debriefing process with an independent group of participants. The items demonstrated the participants' sense of recovery, which encompass domains such as personal confidence, optimism in the future and the attainment of personal objectives, managing strategies for personal wellbeing and not feeling dominated by the illness or its symptoms. Corrigan et al. (1999), in a study with 35 participants, reported adequate test-retest reliability ( $r = .88$ ) and excellent internal reliability for the RAS total score and positively associated it with empowerment and quality of life and inversely with symptoms.

The 24-item RAS five-factor model determined by Corrigan et al. (2004) with a large sample of 1824 participants was generated using an exploratory factor analysis of a random half of the sample and cross-validated with a confirmatory analysis of the remaining half of the sample. Factors were named by the authors as: Personal Confidence and Hope (nine items); Willingness to ask for Help (three items); Goal and Success Orientation (five items); Reliance on Others (four items); and No Domination by Symptoms (three items). The internal consistency for the factors ranged from  $\alpha = .74$  to  $\alpha = .87$ . Their study proved the RAS useful for mental health services as a psychological outcome measure.

The RAS was subject to psychometric analyses to be implemented cross-culturally in Australia, Japan and Israel (Chiba, Miyamoto, & Kawakami, 2010; Fukui, Shimizu, & Rapp, 2012; McNaught, Caputi, Oades, & Deane, 2007; Roe, Mashiach-Eizenberg, & Corrigan, 2012). McNaught et al. (2007) tested the RAS validity with 168 Australian individuals (98 men and 58 women). They reported good internal consistency for each of the five subscales ( $\alpha = >.70$ ), which showed significant and positive association with recovery-related measures and non-significant correlations with symptoms and psychiatric functioning measures.

In Japan, Chiba et al. (2010) translated the RAS used in a study with 209 participants living in the community ( $n = 94$ ) and in inpatient ward contexts ( $n = 115$ ). The authors developed the Japanese version with focus group interviews, back-translation procedures, and using exploratory and confirmatory factor analyses. Their study supported the configuration of five factors proposed by Corrigan et al. (2004); but in the Japanese assessment, factor 1 was made up of items originally from the Goals and Success category and the Personal Confidence and Hope subscales, possibly perceived as similar manifestations of the construct. High internal consistency was observed for the overall sample ( $\alpha = .89$ ), a reliability level of .90 for the community sample, and of .87 for the inpatient sample. Validity of the Japanese RAS was also demonstrated with significant positive correlation with other recovery-focused measures and inverse association with symptom measurement in terms of discriminant validity.

A cross-cultural study between the US and Japan was carried out by Fukui et al. (2012) with a multiple-group confirmatory factor analysis. They identified identical subscale domains which revealed a parity of meaning for the study participants across both countries. Means were found to be lower in the Japanese sample, although the authors reported that the group means were indeed comparable, with the exception of seven items associated with the Personal Confidence and Hope and Reliance on Others domains. Besides the differences in the two samples in terms of diagnosis, exposure to the recovery vision and the type of recruitment site (consumer-run organizations *versus* primary care services), Fukui et al. (2012) also took into consideration the effect of cultural aspects on these particular results.

In Israel, Roe et al. (2012) translated to Hebrew and used a 20-item version of the RAS (the four items with smaller weight in factor 1 from the Corrigan et al. (2004)'s analysis were left out) with a convenience sample of 158 participants living in the community and also receiving rehabilitation services. However, acceptable standards of fit were not found after confirmatory factor analysis to test the five-dimensional model. The authors then validated a briefer version of the RAS (12-item) (excluding three problematic items, the Goal and Success factor, and having three errors correlated). Roe et al. (2012) theorized that the Goal and Success factor was an independent or a prior condition that boosts the recovery processes; and considered the achieved four domains as the recovery core elements. The study did not find any association between the recovery factors and symptoms or functioning measurements. Factors scores revealed satisfactory internal consistency: Personal Confidence and Hope ( $\alpha = .72$ ), Willingness to Ask for Help ( $\alpha = .91$ ), Reliance on Others ( $\alpha = .66$ ), and No

Domination by Symptoms ( $\alpha = .71$ ). In light of those findings Roe et al. (2012) suggested further research focusing on the sequential interrelation of the recovery process, and the evaluation of the stability of the proposed model.

The translation and validation of personal recovery measurements have enhanced the capacity for their cross-cultural use or for the comparative evaluation of innovative mental health practices internationally. Therefore, the availability of a Portuguese version of the RAS is considered a valuable resource for mental health practitioners and researchers based in Portuguese-speaking countries such as: Portugal, Brazil, Angola and Mozambique - among others - with a combined population of 250 millions of people across the world<sup>16</sup>; and of relevance to the context of mental health system' reform and policy change in those countries. Furthermore, while strengths-based approaches are evolving in mental health practice and policies, parallel development of sound and recovery-focused measurements is a challenging continuing endeavor (American Educational Research Association, American Psychological Association,, & National Council on Measurement in Education, 2014; Eignor, 2013; Maltzman, 2013).

### **Aim of the Study**

The current study aimed to develop an equivalent Portuguese version of the 24-item RAS through participatory translation; and to assess validity of findings for its use in the community-based mental health practice.

## **Method**

### **Procedures and Participants**

Data for this study came from 213 users who had experienced mental illness, 143 men (67.1%) and 70 women (32.9%), selected from five similar non-profit community-based mental health organizations (CBMHO), after being invited by written solicitations sent to each organization. The collection of data took place during 2012. The survey was previously subject to approval by CBMHO administrative bodies that granted their permission for data collection. A convenience sample procedure was deemed adequate to the research settings and participants were assigned to the study according to the criteria of age ( $\geq 18$ ), psychiatric diagnosis, participation in the program ( $\geq 3$  months), and their willingness to participate in the study. They provided written informed consent, demographic information and completed the standardized measures on recovery in mental health, personal empowerment, capability

---

<sup>16</sup> available at: <http://www.observalinguaportuguesa.org/pt/dados-estatisticos/falantes-de-portugues-literacia>

achievement and psychiatric symptom distress. Respondents received a 6€ (\$6.6) incentive for participation in the larger cross-sectional study.

The current study created a participatory process of adaptation of the 24-item Recovery Assessment Scale (Corrigan et al., 2004), as is described briefly here. It is to be taken into account that translation to a different language may compromise the construct intended for measurement purposes, because of grammatical differences and accidental changes in the meanings of item statements (Willis, DeMaio, & Harris-Kojetin, 1999). Published accounts highlighted the value of participatory action research and involvement of service users as partners in the research process (Hancock, Bundy, Tamsett, & McMahon, 2012; Hutchinson & Lovell, 2013; Ochocka, Janzen, & Nelson, 2002); and by doing so, also ascertaining the meaning of words and phrases in a given context for those that are responding to a research study (Wombacher, Tagg, Bürgi, & MacBryde, 2010). The current study used the participatory translation as a methodological step intended to prevent issues of error of measurement by increasing the content-fit to context when adapting the test to a different culture or environment.

Taking in consideration these methodological concerns, a four-step participatory process was implemented in the validity analysis of the Portuguese version of RAS for the community mental health context. Firstly, a translation committee was set up composed of eight members: four individuals with a history of mental illness and one staff member, all of them with excellent knowledge of the English language, and three researchers with knowledge of the concept to provide independent translations. Secondly, in the course of two group reconciliation meetings an interim translated version was completed. The interim version was next submitted to be substantiated by twenty-seven program users who analyzed whether items were being read naturally, clearly understood, and indicated whether the manifest content was adequate in terms of construct meaning and context use (McDowell, 2006; Willis et al., 1999). Finally, the data gathered was analyzed by the translation committee that confirmed the appropriate understanding of the items by participants so that the measure would be adequate for that context use.

At the end of this participatory process, the translation committee provided a preliminary Portuguese version to be subjected to the usual translation-back procedure, in order to identify unwanted semantic changes resulting from cultural differences and grammatical specificities. The original English version and the reversed document into English overlapped substantially and with only a few lexical and grammatical discrepancies in

four items. The team researchers reviewed the adjustment between the two documents and only one of the items, (PGH11-P in Table 1) in the Personal Goals and Hope domain, required major discussion about its intended meaning, as in the interim version, the research committee initially preferred the word *objetivo* (goal) instead of *propósito* (purpose) considering it a more commonly-used term in day-to-day language:

PGH11- E: “I have a purpose in life”

PGH11- P: “*Tenho um objetivo na vida*” - (interim)

Considering the possible outcomes of the translation process, the research committee also concluded that the interim translation of the item reduced its comprehensibility. This item refers to the recovery process of regaining a new meaning and a new purpose in one’s life, as referred to in literature (Deegan, 1988; Leete, 1989; Lovejoy, 1982). The wording of the item was then modified to “*A minha vida tem um propósito*” (Portuguese for “my life has a purpose” or “a meaning”). Finally, all items were listed in a questionnaire for data collection purposes. The translated items were presented in the Appendix in accordance with the factorial structure observed in the current study.

## Measures

This study used the 24-item Portuguese version of the Recovery Assessment Scale (Corrigan, Salzer, Ralph, Sangster, and Keck, 2004) referred to here as the Portuguese version of the Recovery Assessment Scale (RAS-P) is comprised of statements such as “I believe I can meet my current personal goals”, “I have people I can count on”, “My symptoms interfere less and less with my life”, and, “I ask for help when I need it” rated according to a five-point Likert scale (1 = *strongly disagree*, 5 = *strongly agree*).

Personal empowerment was measured using the Portuguese version of the Empowerment Scale (ES) (Jorge-Monteiro & Ornelas, 2014) which is a consumer-constructed scale originally developed by Rogers, Chamberlin, Ellison, and Crean (1997). The ES intend to measure subjective accounts of personal empowerment among users of mental health services according to a 4-point Likert scale ranging from *strongly agree* to *strongly disagree*. The validation study used the 25-item short version from Rogers, Ralph, and Salzer (2010) that reported good internal consistency ( $\alpha = .82$ ) and which is composed of items such as “I am usually confident about decisions I make”, “Working with others in my community can help to change things for the better” or, “I can pretty much determine what will happen in my life”. The subscales tap into domains of Esteem and Efficacy, Power and Control, Optimism

About the Future, and Community Activism. A 20-item model proved valid also presenting an overall satisfactory internal consistency ( $\alpha = .79$ ) for the Portuguese version of the ES.

The Capabilities Questionnaire (CQ) developed for the community mental health field resulting from a project titled “Fostering Capabilities and Integration of People with Mental Illness” funded by the Fundação para a Ciência e Tecnologia, was also included<sup>17</sup>. This instrument is also a collaboratively-constructed measure developed to observe individuals’ life capability achievements among participants in community mental health programs. The CQ is a self-rated measure with a five-point Likert scale. It is composed of 104 items generated from a qualitative analysis of data from focus group sessions. The research project adapted the capabilities framework for community mental health use, and analyzed the items following the Nussbaum list, which tap into 10 life dimensions; Health; Bodily Health; Bodily Integrity; Senses, Imagination and Thought; Emotions; Practical Reason; Affiliation; Other Species; Play; and Control Over One’s Environment (Nussbaum, 2000). Regardless of the future refinement of the measurement, the constructed CQ presented an excellent preliminary reliability level ( $\alpha = .98$ ) in terms of overall internal consistency.

For the purposes of discriminant validity analysis the Colorado Symptom Index (CSI) was used, which is also a self-reported measure of psychiatric symptoms frequency within a temporal frame (Shern et al., 1994). We used the briefer 14-item version in which participants rate the frequency of symptoms experienced in the past month according to a 5-point Likert scale (1= *Not at all*, 5= *At least every day*). Conrad et al. (2001) found excellent internal consistency ( $\alpha = .90$ ) and test-retest reliability ( $r = .79$ ) and the measure includes statements such as “In the past month, how often have you felt nervous, tense, worried, frustrated or afraid?”; “In the past month, how often did you have problems thinking too fast (thoughts racing)?”; and “In the past month, how often have you felt like hurting or killing yourself?” The scale scores range from 14 to 70 and the higher ones indicate reports of more frequent psychiatric symptoms.

---

<sup>17</sup> The project details are available at:

[http://www.fct.pt/apoios/projectos/consulta/vglobal\\_projecto.phtml.pt?idProjecto=113301&idElemConcurso=3645](http://www.fct.pt/apoios/projectos/consulta/vglobal_projecto.phtml.pt?idProjecto=113301&idElemConcurso=3645)

## Data Analysis

Psychometric assessment of the RAS-P was first tested using confirmatory factor analysis (CFA) and exploratory factor analyses (EFA). The CFA was performed using a maximum likelihood estimation method to find the best model fit for the measure (Arbuckle, 2003; Maroco, 2010). The model adequacy was analyzed by the Comparative Fit Index (CFI;  $> .90$ ), Tucker-Lewis coefficient (TLI;  $> .90$ ), Goodness of Fit Index (GFI;  $> .90$ ), Root-Mean Square Error of Approximation (RMSEA;  $< .05$  with 90% coefficient interval [CI]  $< .10$ ) fit indices and; the  $\chi^2$  statistics ( $\chi^2/df < 5$ ) which are acceptable indices of fit and were used to determine the adequacy of the model of measure (Hu & Bentler, 1995; Maroco, 2010). A multivariate kurtosis coefficient was considered to observe the distribution properties. EFA was performed using multiple extraction methods (principal components, principal axis factoring and maximum likelihood, with varimax or oblimin rotation) and observed the Kaiser-Mayer-Olkin (KMO) indicator ( $> .80$ ) for the quality of the sampling and the Eigenvalue ( $> 1.0$ ) and Scree plot procedures for decision on factor-component retention (Fabrigar, Wegener, MacCallum, & Strahan, 1999). Secondly, convergent and discriminant validity was assessed with the Pearson correlation coefficients across subscales and with external variables. Scale and subscales internal consistencies were also assessed using the Cronbach's alpha reliability coefficients. The missing data ( $< 5\%$ ) was substituted by the respective mean scores in the cases of less than three missing values per participant. All analyses were performed using the AMOS v.20 and SPSS v.19 statistical packages.

## Results

Participants were aged between 19 and 74 years ( $M = 41.57$ ,  $SD = 10.35$ ) and the self-reported psychiatric diagnoses were: schizophrenia (58.7%), bipolar disorder (15.5%), and major depressive disorder (10.8%). The psychiatric hospitalization experience varied considerably from no hospitalization at all to as much as thirty times ( $M = 2.29$ ,  $SD = 3.99$ ) with 162 (76.1%) of respondents having a history of hospitalization due to psychiatric reasons. 85.5% of participants reported they were unemployed, retired or receiving a social pension and only 29 of them (13.6 %) were using supported employment services. Most of the participants were single ( $n = 176$ , 87.6%). The vast majority were living with family members ( $n = 112$ , 52.6%) or in group homes ( $n = 54$ , 25.4%) and only 40 (18.8%) were living independently or with a spouse and just 17 (8%) reported making use of independent living services.

Validity and utility of the RAS-P findings were examined with factorial, convergent and discriminant analyses. The RAS-P construct-related validity was first assessed with factor analyses intended to obtain solid evidence on the internal structure of the construct measurement. The proposed five-factor model as found in literature (Corrigan et al., 2004), identified as Model 1, was tested with CFA but failed to reach the recommended standards for model fit statistics (Hoyle, 1995; Hu & Bentler, 1995). Standardized estimates from the analysis are presented in Table 1.

Table 1 - *Model fit statistics from CFA for the RAS-P*

Fit indices	Model 1	Model 2 <sup>a</sup>
X <sup>2</sup> /df	2.127	1.759
CFI	.864	.913
TLI	.844	.900
GFI	.835	.874
RMSEA	.073	.060

*Note.* CFA = confirmatory factor analysis.

<sup>a</sup> Adjusted model with 22-items.

In the light of these results, the authors conducted a sequential process of factorial analyses (exploratory and confirmatory) to determine an adequate structure and model fit with this sample of community mental health service users. EFA was tested through multiple extraction methods (principal components, principal axis factoring and maximum likelihood with varimax or oblimin rotations) that yielded identical structure solutions supporting a stable four factor structure (Model 2) for the adapted measure with a meritorious sampling adequacy (KMO =.89). Factors with an Eigenvalue higher than 1.0 were retained. The Scree plot analysis also favored the 4-factor solution. Factor loadings from the principal components extraction with the varimax rotation explaining 55.1 % of the variance are presented in the Appendix.

Most of the items retained in factor 1 (Confidence and Hope) and 3 (Goal and Success), from the original factorial study (Corrigan et al., 2004), loaded into one single latent factor in the current analysis. Also, three items with the lowest weight (“Fear doesn’t stop me

from living the way I want to”; “I can handle what happens in my life”; “I can handle stress”) from Confidence and Hope in the Corrigan et al. (2004) study, loaded into factor 4 in the current assessment, while original factors 2 and 3 remained stable.

The goodness-of-fit of Model 2 was then evaluated with a new CFA. Preliminary estimates still revealed a reasonable adjustment of data, as the majority of comparative fit indexes failed to reach the recommended standards in empirical literature. Standardized estimates for the RAS-P model with four factors showed a CFI of .881, a TLI of .865, a GFI of .849, and RMSEA estimate of .068, 90% CI [.06; .08]. The  $\chi^2/df$  for the adequacy of the model presented a value of 1,974. After concluding that the results were not so poor as to dismiss the model, subsequent analysis was conducted in order to improve the model’s fit according to items’ factor loadings ( $< .50$ ) and modification indices greater than 11 with  $p < .001$  (Hoyle, 1995; Maroco, 2010). Despite a load greater than .30 for three different factors (F1, F2 and F3), the item “I have a desire to succeed” (PGH07) was maintained Model 2 as it was high enough in the Personal Goals and Hope factor from the EFA, as noted in the Appendix. As a result, item PGH07 was then excluded from subsequent analysis. The item “If people really knew me, they would like me” (PGH02) was also excluded from Model 2 because it presented a low factor weight in the same latent factor.

The adjusted model of the RAS-P also had correlated errors between item PGH09 - “I have goals in life that I want to reach” and item PGH10 - “I believe I can meet my current personal goals” from factor 1 and between item BS05 - “My symptoms interfere less and less with my life” and item BS06 - “My symptoms seem to be a problem for shorter periods of time each time they occur” from factor 4. Multivariate kurtosis was observed (Kurtosis = 4,453). The estimates for the models are presented and compared in Table 1. The four-factor model with 22 items attained the recommended quality standards and was retained as it confirmed a better goodness-of-fit with data (Maroco, 2010).

The RAS-P standardized scores are described in Table 2 showing that all individual items loaded sufficiently onto the respective first-order factor, with observed weights from .51 to .87. Corrected item-total correlations indicated that all items are consistently associated with the total measure. Table 2 also presents the overall RAS-P mean score ( $M = 3.89$ ,  $SD .54$ ) for the total sample, obtained by summing the scores of individual items and dividing by the total number of items. The 22-item model revealed excellent internal consistency ( $\alpha = .90$ ) in terms of the reliability indices. Reliability coefficients were also calculated separately for the four RAS-P subsets of items. All generated coefficient scores were above  $\alpha = .75$ , which

suggested a high level of internal consistency between the items and the respective latent factor.

Table 2 - *Descriptives, Reliability, Item-Total and CFA Loadings Scores for the RAS-P*

Item/Scale	Min-Max	Mean	SD	Item-Total Correlation	$\alpha$	CFA <sup>a</sup>
Personal Goals and Hope					.88	
PGH01	1 - 5	4.01	.95	.55		.59
PGH03	1 - 5	3.87	.96	.53		.69
PGH04	1 - 5	4.11	.74	.52		.58
PGH05	1 - 5	3.97	.90	.64		.75
PGH06	1 - 5	3.95	.90	.53		.66
PGH08	1 - 5	3.77	1.05	.60		.64
PGH09	1 - 5	4.11	.79	.60		.68
PGH10	1 - 5	3.94	.83	.66		.74
PGH11	1 - 5	4.03	.75	.65		.70
Managing the Help Needs					.77	
MHN01	2 - 5	4.05	.83	.49		.87
MHN02	1 - 5	4.07	.81	.44		.73
MHN03	2 - 5	4.04	.84	.41		.65
Supportive Interpersonal Relationships					.75	
SIR01	1 - 5	3.87	.94	.41		.63
SIR02	1 - 5	4.10	.90	.51		.67
SIR03	1 - 5	3.93	.93	.46		.66
SIR04	1 - 5	4.34	.75	.46		.65

Item/Scale	Min-Max	Mean	SD	Item-Total Correlation	$\alpha$	CFA <sup>a</sup>
Beyond Symptoms					.78	
BS01	1 - 5	3.40	1.23	.52		.61
BS02	1 - 5	3.48	1.08	.57		.66
BS03	1 - 5	3.49	1.14	.44		.55
BS04	1 - 5	3.52	1.14	.48		.59
BS05	1 - 5	3.66	1.09	.55		.67
BS06	1 - 5	3.76	.94	.42		.51
RAS-P		3.89	.54		.90	

Note. CFA = confirmatory factor analysis.

<sup>a</sup>CFA values obtained with the 22-item adjusted model (Model 2).

Convergent and discriminant validity was tested in order to add further evidence to the RAS-P construct-related validity. Estimated bivariate correlations ( $p < .01$ ) among the subscales are summarized in Table 3. The correlations between the RAS-P total score and the subscales' scores also presented strong positive associations (Goals and Hope,  $r = .89$ ; Manage Needs,  $r = .61$ ; Supportive Relationships,  $r = .68$ ; Beyond Symptoms,  $r = .82$ ).

The Pearson's correlation coefficients between RAS-P scores and external variables are also shown in Table 3. As expected, estimates showed that the RAS-P positively associated with personal empowerment ( $r = .71, p < .01$ ) and with capabilities achievement ( $r = .60, p < .01$ ). The analysis also found inverse association of the psychiatric symptom index with the overall scores of the RAS-P ( $r = -.22, p < .01$ ), and either with ES ( $r = -.22$ ) or the CQ ( $r = -.50, p > .05$ ). A similar analysis was conducted between the RAS-P subscales and the external outcome measures in this assessment procedure. All four subscales scores appeared positively associated ( $p < .01$ ) with the ES (between  $r = .40$  and  $r = .63$ ), or with the CQ scores (between  $r = 0.39$  and  $r = 0.56$ ) and inversely with the symptom measurement scores. Results also revealed positive association ( $p < .05$ ) of RAS-P scores with self-reported background variables, Independent Housing ( $r = .15$ ) and Supported Employment ( $r = .17$ ).

Table 3

*Pearson correlations among the RAS-P first-order latent factors, and with the total scores and the external variables*

Scale	F1	F2	F3	F4	ES	CSI	CQ	Independent Housing	Supported Employment
F1. Personal Goals and Hope								.15 <sup>a</sup>	.18
F2. Managing the Help Needs	.46							.19	.08 <sup>b</sup>
F3. Supportive Interpersonal Relationships	.52	.30						-.04 <sup>b</sup>	.10 <sup>b</sup>
F4. Beyond Symptoms	.57	.39	.41					.15 <sup>a</sup>	.12 <sup>b</sup>
ES	.63	.42	.40	.61					
CSI	-.17 <sup>a</sup>	-.12 <sup>b</sup>	-.03 <sup>b</sup>	-.28	-.22				
CQ	.56	.39	.43	.46	.44	-.50 <sup>b</sup>			
RAS-P	.89	.61	.68	.82	.71	-.22	.60	.15 <sup>a</sup>	.17 <sup>a</sup>

*Note.* Correlations are significant at  $p < .01$  level, with the exceptions given in the footnotes. <sup>a</sup> <sup>b</sup>

<sup>a</sup> significant at  $p < .05$  level. <sup>b</sup> Not significant,  $p > .05$ .

## Discussion

With the purpose of obtaining an equivalent Portuguese version of the RAS, a participatory and comprehensive method of translation was implemented. The authors assumed the participatory methodology ensured to a significant extent that the test attained adequate meaning of original items, wording and language level of the adapted measurement and therefore addressed acceptability and adequacy of RAS-P content to the context of the study (McDowell, 2006; Urbina, 2014).

The validity of RAS-P use with CBMHO participants was initially tested through conducting sequential factor analyses. Results provided sound evidence of the adequacy of the four-factor model to be used among community-based mental health organizations. Roe et al. (2012) also proposed a structure of four factors for the multidimensional recovery measurement although concurrent studies across countries considered a five-factor configuration to be valid (Chiba et al., 2010; Fukui et al., 2012; McNaught et al., 2007).

The item arrangements generated by this study proved stable and were considered conceptually adequate for this cross-section of CBMHO users; while retaining the elements of representativeness present in recovery-related literature (Davidson, Sells, et al., 2005; Ralph, 2000; Ridgway, 2001; Young & Ensing, 1999).

The reviewed literature on cross-cultural validity of the recovery measurement highlighted the substantial overlap between the items that originally made up the Confidence and Hope and Goal and Success first-order factors (Chiba et al., 2010; McNaught et al., 2007; Roe et al., 2012). The three items with lower scores (“Fear doesn’t stop me from living the way I want to”; “I can handle what happens in my life”; “I can handle stress”) from the Confidence and Hope factor in the Corrigan et al. (2004) study, loaded into factor 4 in the RAS-P assessment. That can then, theoretically, be associated with one’s personal control over stress and fear, which is a consistent construct proposition of a life beyond psychiatric symptoms.

The adjustment of the RAS-P model was evaluated with a second confirmatory factor analysis that left out two items (“I have a desire to succeed” and “If people really knew me, they would like me”). Also observed qualitatively, those items may have been perceived as prior or general aspects of the recovery construct, instead of a specific manifestation of the respective latent factor. The elimination of items is not considered sufficient to improve the construct measurement (Maroco, 2010); but rather for the purpose of achieving a better

adjustment to data. An alternate translation into Portuguese for item PGH07 (“I have a desire to succeed”) can also be adequate; as follows:

PGH07 – “*Tenho o desejo de ser bem sucedido/a*” (revised)

Results from our study underlined the need for an accurate evaluation of the significance of the word “success”, when using it cross-culturally (Willis et al., 1999).

The current study, along with a population sample from CBMHOs, added evidence to support a four-factor RAS-P model using the 24-item version of the scale. The resulting 4-factor solution from the current assessment may have been affected as much by the use of the 24-item version of RAS which is a more feasible measure, as by the practice context of the research settings that offer guidance towards goal achievement and community-based interventions such as entering a vocational training course, returning to school, finding a job, volunteering in advocacy or in community education campaigns (Nelson et al., 2014). Recovery-oriented settings are empowering and also strength-based environments, as they foster participation and capabilities through bridging and bonding with valued and supportive community environments (Davidson et al., 2009; Jorge-Monteiro, Aguiar, Sacchetto, Vargas-Moniz, & Ornelas, 2014; Randall & Salem, 2005; Ware et al., 2007).

The current RAS-P configuration made the case for the renaming of the four latent factors according to the empowering recovery approach found in published literature (Brown, 2012; Chamberlin, 1984; Fisher, 1994; Fisher & Spiro, 2010). In keeping with the previous rationale, the denominations for each factor were defined as follows: Personal Goals and Hope (PGH; Factor 1) including the items that manifest a positive identity, optimism about the future and goal orientation; Managing Help Needs (MHN; Factor 2) reflecting one’s autonomy and ability to manage care; Supportive Interpersonal Relationships (SIR; Factor 3) expressing connectedness and an accessible social network and; Beyond Symptoms (BS; Factor 4) reflecting personal control over one’s life and individuals living their life with a focus different from the use of medication or the illness (Corrigan & Ralph, 2005; Hancock et al., 2013; Jacobson & Greenley, 2001; Ralph, 2000; Slade et al., 2012; Ware et al., 2007).

The findings for the RAS-P were equivalent to other studies for the overall internal consistency or showing slightly higher reliability indices for the subscales (Chiba et al., 2010; Corrigan et al., 1999; Corrigan et al., 2004; McNaught et al., 2007; Roe et al., 2012). The RAS-P subscales scores presented good to excellent internal consistency level in the current assessment that ranged from  $\alpha = .75$  to  $\alpha = .88$ . Results from the present study also showed

that the overall mean score for the sample was far above the midpoint for the instrument, which indicates a good level of perceived recovery among these respondents from community-based mental health organizations.

Convergent and discriminant validity was assessed among the four RAS-P subscales, and also in relation to the scores of the recovery-related measures of personal empowerment and of life capabilities achievement. Reviewed studies also found recovery strongly associated with empowerment as a component of the recovery process or as a mediating feature of recovery-oriented settings in mental health (Corrigan, 2006; Hancock et al., 2013; Jorge-Monteiro et al., 2014; O'Connell et al., 2005; Slade et al., 2012). The capabilities framework is also a conceptualization of quality of life in relation to the environmental conditions, values and social role opportunities that foster the recovery process (Davidson et al., 2009; Ware et al., 2008). The current study found significant positive correlation between the personal perception of recovery and the individuals' scores of capability achievement. Interestingly, the PGH and the BS subscales achieved high estimates from bivariate correlation with the overall scores of the ES and CQ scales, suggesting that individuals who experienced more personal empowerment and capabilities achievement, also perceived higher levels of purpose of life.

The overall RAS-P and its subscales scores correlated inversely with the CSI measure. The findings were consistent with prior cross-cultural studies that also observed inverse or non-significant association between data from the recovery scale and accurate measures of psychiatric symptoms or functional assessment (Chiba et al., 2010; Corrigan et al., 2004; McNaught et al., 2007; Roe et al., 2012). In particular, our results indicated that individuals who perceived a higher sense of recovery for Personal Goals and Hope and for Beyond Symptoms subscales, rated lower as regards symptom frequency. The achieved findings allowed for the conclusion to be reached that Managing Help Needs and the Supportive Interpersonal Relationships domains were independent from the level of symptoms as self-rated by these respondents. The current results indicated that, although associated, the empowerment and capabilities recovery-related scales assess approximate but not overlapping constructs, which are definitely different from the manifestations of the illness.

Moreover, the positive association found between the RAS-P scores and the attendance of recovery-oriented services by respondents (independent housing and supported employment) allowed us to consider the RAS-P useful in assessing users' context-related

recovery outcomes (Mueser, 2012). Further evidence on these interactions should be investigated by future research on transformative change in mental health.

As a whole, the achieved estimates and the theoretical propositions under consideration supported the given interpretation of the findings, and therefore proved valid the use of the RAS-P in community-based mental health practice. Even so, in the light of mental health transformative change, this will lead to evolving components of the recovery construct, such as those of connectedness and citizenship domains being the core elements for the process of recovery (Hancock et al., 2013). It is expected that the recovery construct measurement will be subject to further assessments, in order to continually embrace responsiveness to challenging personal changes (Mueser & Cook, 2012). Likewise, participatory aspects of measurement conditions are pertinent upcoming issues for test validity and reliability improvements in the mental health field, in the near future (Hancock et al., 2012; Maltzman, 2013).

Addressing study strengths and limitations, this study provided a valid recovery measurement useful in the context of Portuguese-speaking countries that face important transformative changes in their mental health service system. Making the RAS-P available through scholarly publication will enhance capacity of the entire mental health community (practitioners, users and researchers) towards implementing a recovery-oriented practice; and the potential for comparative cross-cultural research studies.

Furthermore, the observed four-factor configuration showed itself to be conceptually suitable for its use in community mental health services that adopt a recovery-oriented vision and practice, (Davidson et al., 2009; Farkas et al., 2005; Mueser, 2012; Ornelas et al., 2014), using the 24-item version of the test. However, until more research is carried out with other test takers, community contexts, and including cross-culturally replication studies, the findings on the factorial validity should be assumed as being no more than preliminary. Considering the limitations of sample size, being a fundamental requirement when performing exploratory factor analyses, diverse recommendations were found in published literature with samples larger than 100 participants (Fabrigar et al., 1999). Thereby, the authors did not regard reporting a ratio of 8.89 per item as being detrimental to the current results.

To conclude, as recovery has turned out to be a fundamental orientation process for worldwide mental health systems, it is pertinent to provide valid and reliable standardized outcome measures (Horn, Mihura, & Meyer, 2013; Maruish, 2013); and to assist the mental

health practice in the light of the recovery vision. Therefore, the authors considered the Portuguese version of Recovery Assessment Scale useful for the recovery-oriented practice in Portuguese-speaking countries by community mental health researchers and practitioners.

#### Acknowledgments

The research was supported through the Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT/PTDC/PSI-PCL/113301/2009 and BD/05518/2009). We thank a group of users and practitioners from Associação para o Estudo e Integração Psicossocial (AEIPS) for the collaboration in the translation of test into Portuguese and the research team for the assistance in collecting and preparing the data used in the study

(Appendix follows)

#### References

- American Educational Research Association, American Psychological Association,, & National Council on Measurement in Education, 2014. (2014). *Standards for Educational and Psychological Testing*. Washington, DC: American Educational Research Association.
- Ahern, L., & Fisher, D. (1999). *Personal Assistance in Community Existence: Recovery at your own Pace*. Laurence, MA: National Empowerment Center.
- Andresen, R., Oades, L., & Caputi, P. (2003). The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(5), 586-594.
- Andresen, R., Oades, L. G., & Caputi, P. (2011). Measures of individual recovery. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(10). doi: 10.3109/00048674.2011.580722
- Arbuckle, J. (2003). *Amos 5.0 update to the Amos user's guide*. Chicago: Smallwaters Corporation.
- Brown, L. D. (2009). How people can benefit from mental health consumer-run organizations. *American Journal of Community Psychology*, 43(3-4), 177-188. doi: 10.1007/s10464-009-9233-0
- Brown, L. D. (2012). *Consumer-run mental health: Framework for recovery*. New York, NY US: Springer Science + Business Media.

- Cavelti, M., Kvrjic, S., Beck, E. M., Kossowsky, J., & Vauth, R. (2012). Assessing recovery from schizophrenia as an individual process. A review of self-report instruments. *European Psychiatry, 27*(1), 19-32.
- Chamberlin, J. (1984). Speaking for ourselves: An overview of the ex-psychiatric inmates' movement. *Psychosocial Rehabilitation Journal, 8*(2), 56-63.
- Chamberlin, J., & Rogers, J. A. (1990). Planning a community-based mental health system: Perspective of service recipients. *American Psychologist, 45*(11), 1241-1244. doi: 10.1037/0003-066x.45.11.1241
- Chiba, R., Miyamoto, Y., & Kawakami, N. (2010). Reliability and validity of the Japanese version of the Recovery Assessment Scale (RAS) for people with chronic mental illness: Scale development. *International Journal of Nursing Studies, 47*(3), 314-322. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2009.07.006
- Conrad, K. J., Yagelka, J. R., Matters, M. D., Rich, A. R., Williams, V., & Buchanan, M. (2001). Reliability and validity of a modified Colorado Symptom Index in a national homeless sample. *Mental Health Services Research, 3*(3), 141-153. doi: 10.1023/a:1011571531303
- Corrigan, P. W. (2006). Impact of consumer-operated services on empowerment and recovery of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Services, 57*(10), 1493-1496. doi: 10.1176/appi.ps.57.10.1493
- Corrigan, P. W., Giffort, D., Rashid, F., Leary, M., & Okeke, I. (1999). Recovery as a psychological construct. *Community Mental Health Journal, 35*(3), 231-239. doi: 10.1023/a:1018741302682
- Corrigan, P. W., & Ralph, R. O. (2005). Introduction: Recovery as Consumer Vision and Research Paradigm. In R. O. Ralph & P. W. Corrigan (Eds.), *Recovery in mental illness: Broadening our understanding of wellness*. (pp. 3-17). Washington, DC US: American Psychological Association.
- Corrigan, P. W., Salzer, M., Ralph, R. O., Sangster, Y., & Keck, L. (2004). Examining the Factor Structure of the Recovery Assessment Scale. *Schizophrenia Bulletin, 30*(4), 1035-1041.
- Davidson, L., Harding, C., & Spaniol, L. (2005). *Recovery from severe mental illnesses: Research evidence and implications for practice, Vol 1*. Boston, MA: Center for Psychiatric Rehabilitation/Boston U.

- Davidson, L., Ridgway, P., Wieland, M., & O'Connell, M. (2009). A capabilities approach to mental health transformation: A conceptual framework for the recovery era. *Canadian Journal of Community Mental Health, 28*(2), 35-46.
- Davidson, L., Sells, D., Songster, S., & O'Connell, M. (2005). Qualitative Studies of Recovery: What Can We Learn From the Person? In R. O. Ralph & P. W. Corrigan (Eds.), *Recovery in mental illness: Broadening our understanding of wellness*. (pp. 147-170). Washington, DC US: American Psychological Association.
- Deegan, P. E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal, 11*(4), 11-19.
- Deegan, P. E. (2005). Recovery as a Journey of the Heart. In L. Davidson, C. Harding & L. Spaniol (Eds.), *Recovery from severe mental illnesses: Research evidence and implications for practice, Vol 1*. (pp. 57-68). Boston, MA: Center for Psychiatric Rehabilitation/Boston U.
- Eignor, D. R. (2013). The standards for educational and psychological testing. In K. F. Geisinger, B. A. Bracken, J. F. Carlson, J.-I. C. Hansen, N. R. Kuncel, S. P. Reise & M. C. Rodriguez (Eds.), *APA handbook of testing and assessment in psychology, Vol. 1: Test theory and testing and assessment in industrial and organizational psychology*. (pp. 245-250). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Fabrigar, L. R., Wegener, D. T., MacCallum, R. C., & Strahan, E. J. (1999). Evaluating the use of exploratory factor analysis in psychological research. *Psychological Methods, 4*(3), 272-299.
- Farkas, M., Gagne, C., Anthony, W., & Chamberlin, J. (2005). Implementing Recovery Oriented Evidence Based Programs: Identifying the Critical Dimensions. *Community Mental Health Journal, 41*(2), 141-158. doi: 10.1007/s10597-005-2649-6
- Fisher, D. B. (1994). Health care reform based on an empowerment model of recovery by people with psychiatric disabilities. *Hospital & Community Psychiatry, 45*(9), 913-915.
- Fisher, D. B., & Spiro, L. (2010). Finding and using our voice: How consumer/survivor advocacy is transforming mental health care. In L. D. Brown & S. Wituk (Eds.), *Mental health self-help: Consumer and family initiatives*. (pp. 213-233). New York, NY US: Springer Science + Business Media.
- Fukui, S., Shimizu, Y., & Rapp, C. A. (2012). A cross-cultural study of recovery for people with psychiatric disabilities between U.S. and Japan. *Community Mental Health Journal, 48*(6), 804-812.

- Hancock, N., Bundy, A., Honey, A., Helich, S., & Tamsett, S. (2013). Measuring the Later Stages of the Recovery Journey: Insights Gained from Clubhouse Members. [Article]. *Community Mental Health Journal*, 49(3), 323-330. doi: 10.1007/s10597-012-9533-y
- Hancock, N., Bundy, A., Tamsett, S., & McMahon, M. (2012). Participation of mental health consumers in research: Training addressed and reliability assessed. *Australian Occupational Therapy Journal*, 59(3), 218-224. doi: 10.1111/j.1440-1630.2012.01011.x
- Harding, C. M., Brooks, G. W., Ashikaga, T., Strauss, J. S., & Breier, A. (2005). The Vermont Longitudinal Study of Persons with Severe Mental Illness, II: Long-Term Outcome of Subjects Who Retrospectively Met DSM-III Criteria for Schizophrenia. In L. Davidson, C. Harding & L. Spaniol (Eds.), *Recovery from severe mental illnesses: Research evidence and implications for practice, Vol 1.* (pp. 180-200). Boston, MA: Center for Psychiatric Rehabilitation/Boston U.
- Hopper, K. (2007). Rethinking social recovery in schizophrenia: What a capabilities approach might offer. *Social Science & Medicine*, 65(5), 868-879. doi: 10.1016/j.socscimed.2007.04.012
- Horn, S. L., Mihura, J. L., & Meyer, G. J. (2013). Psychological assessment in adult mental health settings. In K. F. Geisinger, B. A. Bracken, J. F. Carlson, J.-I. C. Hansen, N. R. Kuncel, S. P. Reise & M. C. Rodriguez (Eds.), *APA handbook of testing and assessment in psychology, Vol. 2: Testing and assessment in clinical and counseling psychology.* (pp. 231-252). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Hoyle, R. H. (1995). The structural equation modeling approach: Basic concepts and fundamental issues. In R. H. Hoyle (Ed.), *Structural equation modeling: Concepts, issues, and applications.* (pp. 1-15). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1995). Evaluating Model Fit *Structural Equation Modeling: Concepts, Issues and Applications* (pp. 76-99). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Hutchinson, A., & Lovell, A. (2013). Participatory action research: Moving beyond the mental health 'service user' identity. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(7), 641-649. doi: 10.1111/jpm.12001
- Jacobson, N., & Greenley, D. (2001). What is recovery? A conceptual model and explication. *Psychiatric Services*, 52(4), 482-485. doi: 10.1176/appi.ps.52.4.482
- Jorge-Monteiro, M. F., Aguiar, R., Sacchetto, B., Vargas-Moniz, M., & Ornelas, J. H. (2014). What transformation? A qualitative study on empowering settings and community

- mental health organizations. *Global Journal of Community Psychology Practice*, 5(1), 1-13.
- Jorge-Monteiro, M. F., & Ornelas, H. J. (2014). Properties of the Portuguese version of the Empowerment Scale with mental health organization users. *International Journal of Mental Health Systems*, 8(48). doi: 10.1186/1752-4458-8-48
- Leete, E. (1989). How I perceive and manage my illness. *Schizophrenia Bulletin*, 15(2), 197-200.
- Lloyd, C., Waghorn, G., & Williams, P. L. (2008). Conceptualising recovery in mental health rehabilitation. *The British Journal of Occupational Therapy*, 71(8), 321-328.
- Lovejoy, M. (1982). Expectations and the Recovery Process. *Schizophrenia Bulletin*, 8(4), 605-609.
- Maltzman, S. (2013). The assessment process. In K. F. Geisinger, B. A. Bracken, J. F. Carlson, J.-I. C. Hansen, N. R. Kuncel, S. P. Reise & M. C. Rodriguez (Eds.), *APA handbook of testing and assessment in psychology, Vol. 2: Testing and assessment in clinical and counseling psychology*. (pp. 19-34). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Maroco, J. (2010). *Análise de Equações Estruturais: fundamentos teóricos, software e aplicações* [Structural Equations Modelling: Theoretical fundamentals, software and applications]. Pero Pinheiro: Reportnumber.
- Maruish, M. E. (2013). Outcomes assessment in health settings. In K. F. Geisinger, B. A. Bracken, J. F. Carlson, J.-I. C. Hansen, N. R. Kuncel, S. P. Reise & M. C. Rodriguez (Eds.), *APA handbook of testing and assessment in psychology, Vol. 2: Testing and assessment in clinical and counseling psychology*. (pp. 303-321). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- McDowell, I. (2006). The theoretical and technical foundations of health measurement. In I. McDowell (Ed.), *Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires (3rd ed.)* (pp. 10-54). New York, NY, US: Oxford University Press.
- McNaught, M., Caputi, P., Oades, L. G., & Deane, F. P. (2007). Testing the validity of the Recovery Assessment Scale using an Australian sample. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(5), 450-457. doi: 10.1080/00048670701264792
- Mueser, K. T. (2012). Evidence-based practices and recovery-oriented services: Is there a relationship? Should there be one? *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35(4), 287-288. doi: 10.2975/35.4.2012.287.288

- Mueser, K. T., & Cook, J. A. (2012). Supported employment, supported education, and career development. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35(6), 417-420. doi: 10.1037/h0094573
- Nelson, G., Kloos, B., & Ornelas, J. (2014). *Community Psychology and Community Mental Health: Towards Transformative Change*. New York: Oxford University Press
- Nussbaum, M. (2000). *Women and human development: The capabilities approach*. New York: Cambridge University Press.
- O'Connell, M., Tondora, J., Croog, G., Evans, A., & Davidson, L. (2005). From Rhetoric to Routine: Assessing Perceptions of Recovery-Oriented Practices in a State Mental Health and Addiction System. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28(4), 378-386.
- Ochocka, J., Janzen, R., & Nelson, G. (2002). Sharing power and knowledge: Professional and mental health consumer/survivor researchers working together in a participatory action research project. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(4), 379-387.
- Onken, S. J., Craig, C. M., Ridgway, P., Ralph, R. O., & Cook, J. A. (2007). An Analysis of the Definitions and Elements of Recovery: A Review of the Literature. [Article]. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31(1), 9-22. doi: 10.2975/31.1.2007.9.22
- Ornelas, J., Duarte, T., & Jorge-Monteiro, M. F. (2014). Transformative organizational change in community mental health. In G. Nelson, B. Kloos & J. Ornelas (Eds.), *Community Psychology and Community Mental Health: Towards Transformative Change* (pp. 253-277). New York: Oxford University Press.
- Ralph, R. O. (2000). Recovery. *Psychiatric Rehabilitation Skills*, 4(3), 480-517.
- Randall, K. W., & Salem, D. A. (2005). Mutual-Help Groups and Recovery: The Influence of Settings on Participants' Experience of Recovery. In R. O. Ralph & P. W. Corrigan (Eds.), *Recovery in mental illness: Broadening our understanding of wellness*. (pp. 173-205). Washington, DC US: American Psychological Association.
- Rappaport, J. (1993). Narrative studies, personal stories, and identity transformation in the mutual help context. *Journal of Applied Behavioral Science*, 29(2), 239-256. doi: 10.1177/0021886393292007
- Ridgway, P. A. (2001). ReStorying psychiatric disability: Learning from first person recovery narratives. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(4), 335-343. doi: 10.1037/h0095071
- Roe, D., Mashiach-Eizenberg, M., & Corrigan, P. (2012). Confirmatory factor analysis of the brief version of the Recovery Assessment Scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 200(10), 847-851. doi: 10.1097/NMD.0b013e31826b6d4a

- Rogers, E. S., Chamberlin, J., Ellison, M. L., & Crean, T. (1997). A consumer-constructed scale to measure empowerment among users of mental health services. *Psychiatric Services, 48*(8), 1042-1047.
- Rogers, E. S., Ralph, R. O., & Salzer, M. S. (2010). Validating the Empowerment Scale with a multisite sample of consumers of mental health services. *Psychiatric Services, 61*(9), 933-936. doi: 10.1176/appi.ps.61.9.933
- Salzer, M. S., & Brusilovskiy, E. (2014). Advancing Recovery Science: Reliability and Validity Properties of the Recovery Assessment Scale. *Psychiatric Services, 65*(4), 442-453. doi: 10.1176/appi.ps.201300089
- Sells, D., Borg, M., Marin, I., Mezzina, R., Topor, A., & Davidson, L. (2006). Arenas of recovery for persons with severe mental illness. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation, 9*(1), 3-16.
- Shanks, V., Williams, J., Leamy, M., Bird, V. J., Le Boutillier, C., & Slade, M. (2013). Measures of personal recovery: A systematic review. *Psychiatric Services, 64*(10), 974-980.
- Sherm, D. L., Wilson, N. Z., Coen, A. S., Patrick, D. C., Foster, M., Bartsch, D. A., & Demmler, J. (1994). Client outcomes: II. Longitudinal client data from the Colorado Treatment Outcome Study. *Milbank Quarterly, 72*(1), 123-148. doi: 10.2307/3350341
- Slade, M., Leamy, M., Bacon, F., Janosik, M., Le Boutillier, C., Williams, J., & Bird, V. (2012). International differences in understanding recovery: Systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences, 21*(4), 353-364. doi: 10.1017/s2045796012000133
- Urbina, S. (2014). *Essentials of psychological testing (2nd ed.)*. Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc.
- Ware, N. C., Hopper, K., Tugenberg, T., Dickey, B., & Fisher, D. (2007). Connectedness and citizenship: Redefining social integration. *Psychiatric Services, 58*(4), 469-474. doi: 10.1176/appi.ps.58.4.469
- Ware, N. C., Hopper, K., Tugenberg, T., Dickey, B., & Fisher, D. (2008). A theory of social integration as quality of life. *Psychiatric Services, 59*(1), 27-33. doi: 10.1176/appi.ps.59.1.27
- Weeks, G., Slade, M., & Hayward, M. (2011). A UK validation of the stages of recovery instrument. *International Journal of Social Psychiatry, 57*(5), 446-454. doi: 10.1177/0020764010365414

- Willis, G. B., DeMaio, T. J., & Harris-Kojetin, B. (1999). Is the bandwagon headed to the methodological promised land? Evaluating the validity of cognitive interviewing techniques. In M. G. Sirken, S. Schechter, N. Schwarz, J. M. Tanur & R. Tourangeau (Eds.), *Cognition and Survey Research* (pp. 133-153). New York: John Wiley & Sons.
- Wilrycx, G., Croon, M. A., van den Broek, A., & van Nieuwenhuizen, C. (2012). Psychometric properties of three instruments to measure recovery. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(3), 607-614. doi: 10.1111/j.1471-6712.2011.00957.x
- Wombacher, J., Tagg, S. K., Bürgi, T., & MacBryde, J. (2010). Measuring sense of community in the military: Cross-cultural evidence for the validity of the Brief Sense of Community Scale and its underlying theory. *Journal of Community Psychology*, 38(6), 671-687. doi: 10.1002/jcop.20388
- Young, S. L., & Ensing, D. S. (1999). Exploring recovery from the perspective of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22(3), 219-231.

## Appendix

### Translation and EFA factor loadings for the Portuguese version of Recovery Assessment Scale (RAS-P)

	English (E)	Portuguese (P)
	<b>Personal Goals and Hope</b>	<b>Objectivos Pessoais e Esperança</b>
PGH01	I like myself.	Eu gosto de mim próprio(a). (.57)
PGH02	If people really knew me, they would like me. <sup>a</sup>	Se as pessoas realmente me conhecessem, gostariam de mim. <sup>a</sup> (.45)
PGH03	I have an idea of who I want to become.	Eu tenho uma ideia daquilo que eu quero ser. (.63)
PGH04	Something good will eventually happen.	Alguma coisa de bom eventualmente acontecerá. (.53)
PGH05	I am hopeful about my future.	Tenho esperança acerca do meu futuro. (.71)
PGH06	I continue to have new interests.	Continuo a ter novos interesses. (.74)
PGH07	I have a desire to succeed. <sup>a</sup>	Tenho o desejo de ter sucesso. <sup>a</sup> (.52)
PGH08	I have my own plan for how to stay or become well.	Eu tenho o meu próprio plano para estar ou ficar bem. (.58)
PGH09	I have goals in life that I want to reach.	Tenho objectivos na minha vida que quero alcançar. (.75)
PGH10	I believe I can meet my current personal goals.	Acredito que posso ir ao encontro dos meus objectivos pessoais actuais. (.76)
PGH11	I have a purpose in life.	A minha vida tem um propósito. (.56)

## Appendix

*Translation and EFA factor loadings for the Portuguese version of Recovery Assessment Scale (RAS-P)(continued)*

English (E)		Portuguese (P)
<b>Managing the Help Needs</b>		<b>Gerir as Necessidades de Ajuda</b>
MHN01	I know when to ask for help.	Sei quando devo pedir ajuda. (.77)
MHN02	I am willing to ask for help.	Estou disposto(a) a pedir ajuda. (.80)
MHN03	I ask for help when I need it.	Eu peço ajuda quando preciso. (.76)
<b>Supportive Interpersonal Relationships</b>		<b>Relações de Suporte Interpessoal</b>
SIR01	Even when I don't care about myself, other people do.	Mesmo quando eu não me preocupo comigo, outros fazem-no. (.77)
SIR02	I have people I can count on.	Tenho pessoas com quem posso contar. (.61)
SIR03	Even when I don't believe in myself, other people do.	Mesmo quando não acredito em mim, outros acreditam. (.70)
SIR04	It is important to have a variety of friends.	É importante ter uma rede de amigos. (.70)

## Appendix

*Translation and EFA factor loadings for the Portuguese version of Recovery Assessment Scale (RAS-P)(continued)*

English (E)		Portuguese (P)
<b>Beyond Symptoms</b>		<b>Além dos Sintomas</b>
BS01	Fear doesn't stop me from living the way I want to.	O receio não me impede de viver como eu quero. (.55)
BS02	I can handle what happens in my life.	Eu consigo lidar com o que acontece na minha vida. (.56)
BS03	I can handle stress.	Consigo lidar com o stress. (.55)
BS04	Coping with mental illness is no longer the main focus of my life.	Lidar com a doença mental já não é o foco principal na minha vida. (.61)
BS05	My symptoms interfere less and less with my life.	Os meus sintomas interferem cada vez menos com a minha vida. (.80)
BS06	My symptoms seem to be a problem for shorter periods of time each time they occur.	Cada vez que ocorrem, os meus sintomas parecem ser um problema por períodos cada vez mais curtos. (.74)

*Note.* EFA = exploratory factor analysis

<sup>a</sup> Items PGH02 and PGH07 dropped after model fit adjustment.



## **Capítulo 4**



## **“What’s wrong with the seed?” A comparative examination of an empowering community-centered approach to recovery in community mental health<sup>18</sup>**

### Abstract

This cross-sectional group comparison aimed to examine whether personal empowerment, recovery and community integration were associated with the individual’s participation in an empowering community-centered model of intervention. Ninety-three participants from an empowering community-centered community mental health organization were compared with a matched group of individuals from standard interventions of four equivalent organizations. Results showed that participants taking advantage of the empowering community-centered approach were more involved in high recovery-oriented programs; and attained higher levels of personal goals and hope, empowerment, and of community integration. An involvement in high recovery-oriented programs (supported employment or independent housing) revealed improved outcomes for the individual. In conclusion, the findings suggested a transformative impact of the empowering community-centered model both at the individual and the program level by altering the resource accessibility and social conditions for people who experience mental illness. The implications of findings for transforming community mental health practice are discussed in detail.

Keywords: Mental Health, Empowerment, Community Integration, Recovery

### **Introduction**

Mental health services in the community face challenges in order to become more efficient in terms of improved social and community integration and in the exercise of citizenship for people who experience mental illness (EMI)<sup>19</sup> (Carling, 1995; Nelson, Lord, & Ochocka, 2001; Ware, Hopper, Tugenberg, Dickey, & Fisher, 2008). Nelson, Kloos, and Ornelas (2014a) proposed that in the transformative model, mental health system values should be based on recovery, empowerment, community integration, the involvement of users in the organization of services and access to opportunities to participate and contribute towards the community.

In a transformative community mental health practice (CMH), recovery is less a symptom remission or cure than a reclaiming of one’s life and identity by making a meaningful contribution to society (Deegan, 1988, 2005; Jacobson & Greenley, 2001; Mead & Copeland, 2000; Ralph & Corrigan, 2005; Young & Ensing, 1999). In the words of Patricia Deegan in 1996, who posed the question - how do we create hope filled, humanized environments and relationships in which people can grow? – she was inspired by a recovery

---

<sup>18</sup> O conteúdo deste capítulo foi aceite para revisão após submissão para publicação em revista científica com arbitragem de pares.

<sup>19</sup> The term *people who experience mental illness* was used by the authors to describe the study participants who are also usually described as people diagnosed with severe mental illness, consumer/survivor, or as peer specialist in community mental health literature.

vision rooted in an idea of personal growth which to itself is relational and contextual. Recovery here refers to the practice of citizenship, which presupposes a level of social participation in compliance with the rights, responsibilities and connectedness found in a community's natural contexts (Davidson, Ridgway, Wieland, & O'Connell, 2009; Davidson, Sells, Songster, & O'Connell, 2005; Ornelas, Duarte, & Jorge-Monteiro, 2014; Pelletier, et al., 2015; Salzer & Baron, 2014; Ware, Hopper, Tugenberg, Dickey, & Fisher, 2007).

Early published accounts also advocated for the importance of empowerment processes in mental health systems in order to make them truly transformative for the lives of people who experienced mental illness (Chamberlin, 1997; Fisher, 1994; Lord & Hutchison, 1993; Nelson, et al., 2001). Cattaneo and Goodman (2014) defined the empowerment process as setting meaningful goals oriented towards increasing an individual's power, taking action, or making progress towards that goal; and evolving awareness of the impact of one's actions on oneself and on one's environment. In the authors' opinion empowerment processes are those which are intended to improve an individual's strengths when found in a socially disadvantaged predicament.

This being the case, sound empirical evidence for transformative CMH was then found in the context of advocacy social movement/consumer-run organizations empowering people who experience mental illness (Corrigan, 2006; Davidson, Chinman, et al., 2005; Nelson, Ochocka, Janzen, & Trainor, 2006; Rogers, et al., 2007). Similarly, engaging in a combination of peer support with CMH services was found to raise individuals' empowerment and recovery outcomes (Resnick & Rosenheck, 2008; Segal, Silverman, & Temkin, 2010, 2011). Barrett, et al. (2010), in a study about the recovery-orientation of services, found that the research site model of intervention was a significant predictor of individuals' empowerment. The published literature about empowering community settings also granted a sound knowledge-base regarding the mediating role of organizational or community contexts for the empowerment process (Christens, 2012; Maton & Brodsky, 2011). Taking as its basis the theoretically framework as proposed by Nelson, Kloos, and Ornelas (2014b), in our article we used the term *empowering community-centered* (EMP-COM) interventions to describe transformative community mental health practice, as opposed to conventional interventions which, in spite of the move towards community, have remained the primary focus for the treatment of mental disease and the rehabilitation of people who have had a mental illness experience. These community-based interventions were described by the authors as being *business as usual* (BAU), due to the fact that they distance themselves

from the aforementioned transformative expectations in CMH practice (Nelson, et al., 2014b). The type of program or services developed by the mental health system are, therefore, independent and directly beholden to the conceptual expectations of EMP-COM or BAU models, or to be more specific: the creation of group residences vs. home-related support; day-treatment activities vs. individualized activities in the community with purpose; or work-sheltered workshops vs. remunerated, competitive job opportunities being some of the possibilities.

Research on typical community-based day centers grouped these programs into two categories: *work-centered* where people have some sort of planned manufacturing occupation, or in retail or in catering; and *meeting place-oriented* where people play games, eat or socialize (Eklund & Sandlund, 2012). The authors observed that participants in day centers had a lower level of formal education, which may have been related to a lack of stimulating alternatives during the course of their day. To meet the expressed needs of mental health users, Eklund and Sandlund (2012) suggested that community-based centers should provide more individualized services with a range of activities with varying demands, such as supported education and home-based support. Moreover, as occupational engagement was a predictor of personal empowerment, and the preference for competitive employment was found associated with a decrease in satisfaction with day program activities, this also further justified the inclusion of supported employment programs in community mental health practice (Eklund, Hansson, & Ahlqvist, 2004; Eklund & Sandlund, 2014).

Previous research also reported positive associations between personal empowerment and sense of recovery (Corrigan, Faber, Rashid, & Leary, 1999; Corrigan, Salzer, Ralph, Sangster, & Keck, 2004; Jorge-Monteiro & Ornelas, 2014; Lloyd, King, & Moore, 2010; Rogers, Ralph, & Salzer, 2010), and that of recovery with community integration (Kaplan, Salzer, & Brusilovskiy, 2012; Lloyd, et al., 2010; Townley, Kloos, & Wright, 2009). In the reviewed literature, significant interaction with the process of empowerment among demographic characteristics such as age or sex was hardly ever found, (Hansson & Björkman, 2005; Rogers, Chamberlin, Ellison, & Crean, 1997; Rogers, et al., 2010), thus indicating that the effects on individual empowerment owed more to context and to the community experiences and social bonds of people who experienced mental illness, than to their own personal characteristics and traits (Corrigan, et al., 1999; Morris, Huang, Zhao, Sergent, & Neuhengen, 2014).

A transformative CMH practice is, therefore, clearly intended for ordinary community settings, in order to facilitate participation in community life (Davidson, et al., 2009; Nelson, et al., 2014a; Ornelas, et al., 2014; Pelletier, et al., 2015; Ware, et al., 2007). A number of community mental health researchers have for this reason chosen the principle of community integration to lead mental health practice towards recovery-orientation (Aubry, Flynn, Virley, & Neri, 2013; Salzer & Baron, 2014; Townley, et al., 2009; Ware, et al., 2008). However, in literature concerns have been raised about the use of the concept of integration via community interventions, when these are shown to have been somewhat dismissive of the capabilities and community participation of individuals with mental illness (in clubs, leisure activities, socially-valued group activities, voluntary activities and so on), while being substandard compared to the expectations of the transformative vision of CMH (Nelson, et al., 2014a).

In accordance with Bond, Salyers, Rollins, Rapp, and Zipple (2004) the CMH system offers promising evidence-based practices in terms of community integration, such as initiatives to help individuals find a job or a home. Reviews of literature highlighted the effectiveness of *supported employment* (SE), namely through the individual placement and support approach in helping people with mental health concerns obtain and maintain jobs in competitive employment (Bond, Drake, & Becker, 2008; Drake & Bond, 2011; Waghorn & Lloyd, 2010). The main features of the IPS model are the following: negotiation of individual competitive work in regular contexts; rapid job-search that are guided by people's job preferences; a zero-exclusion approach; ongoing and mobile support; and a motivational approach to finding competitive work. Individual placement and support have sound evidence supporting their relationship with vocational and non-vocational outcomes such as quality of life and improved community functioning (Bond & Drake, 2014). The integration of mental health and employment services has also proved to lead to better employment outcomes (Swanson, 2014). Published accounts had already underlined the benefits of finding some kind of employment, indicating higher scores of personal empowerment in those who were working compared with those not working (Hansson & Björkman, 2005; Lloyd, et al., 2010; Wowra & McCarter, 1999) or just as pertinently in relation to the number of hours worked or earnings received (Rogers, et al., 1997). Lloyd, et al. (2010) also corroborated that recovery levels were significantly higher for those participants who had a job, than those who were on social security benefit.

The empirical evidence regarding the impact of housing interventions has also grown in recent years, indicative of positive effects on housing tenure over time, while reducing

hospitalization and shelter use (Rog, et al., 2014) . The designated supported housing programs are regarded as an alternative approach to institutional housing support systems (Nelson, 2010); and whenever implemented the *independent housing* model (IH), is an intervention tailored to individuals' needs, complemented with on-going home-related supports (Blanch, Carling, & Ridgway, 1988; Nelson, 2010; Ridgway & Zipple, 1990; Rog, et al., 2014). Individual housing with social support is frequently rated as the preferred form of supported living resource (O'Connell, Rosenheck, Kaspro, & Frisman, 2006) if located in a safe neighborhood, with compatible landlords and proximity to public transportation (Aubry, et al., 2013; Byrne, et al., 2013; Kloos & Townley, 2011). Moreover, the availability of affordable housing options and accessible supported employment programs for people with mental illness experience, is vital because it means to have a choice that enhances people's motivation to change and evolve in their citizenship (Davidson, et al., 2009; O'Connell, et al., 2006; Ornelas, et al., 2014; Pelletier, et al., 2015; Ware, et al., 2007).

To the best of our knowledge, proper study using empowerment and recovery-related standardized measures to evaluate individual outcomes resulting from professionally-led transformative community mental health practice is still rare. There are also few examinations of the relationship between supported employment or independent housing programs with standardized measures of personal empowerment, sense of recovery or even with community integration processes. Our study is novel in examining how an *empowering community-centered* approach affected the individual outcomes of people who have experienced mental illness and their social living conditions. Those aims were accomplished by posing the following questions: (1) Are there any differences with respect to personal empowerment, recovery and community integration outcomes between participants in the purposive group (EMP-COM) and participants in the comparison group (BAU)? (2) Is the proportion of participants enrolled in high or low recovery-oriented program activities significantly different in the EMP-COM model compared to the BAU model? (3) Are there any differences with respect to community integration between the participants currently living by themselves or with a partner, living in group-homes or living with their relatives? (4) Participants that reported enrolment in high recovery-oriented program activities have higher mean scores of empowerment, recovery and community integration than the participants who reported enrolment in low recovery-oriented program activities?

## Methods

### Participants

The present study was part of a larger mixed-method project assessing personal recovery and community integration outcomes among people with lived experience of mental illness; and as such based on 213 participants from five community-based mental health organizations. As the sampling procedure was one of convenience, the participants were matched based on demographic characteristics such as: age, gender, psychiatric diagnoses, the number of psychiatric hospitalizations and their homelessness history, all of which led to a loss of 27 participants from the overall sample. Therefore, the current study was conducted with a total of 186 participants, a number deemed adequate for the analysis in question.

Participants were aged from 19 to 71 years ( $M = 40.63$ ,  $SD = 9.97$ ), most of them were single ( $n = 158$ , 84.9%) and 129 were men (69.4%). Participants' duration of contact with the organization ranged from: less than 6 months ( $n = 15$ , 8.1%); 6 months to 5 years ( $n = 46$ , 24.7%); 6 to 10 years ( $n = 40$ , 21.5%); to more than 10 years ( $n = 34$ , 18.3%). Few respondents ( $n = 29$ , 15.6%) self-reported currently receiving supported employment or independent living services ( $n = 17$ , 9.1%). Table 1 describes additional findings for study participants, while also comparing the demographic and clinical data between the purposive sample and the comparison sample, EMP-COM and BAU respectively.

### Procedure

The traditional random assignment was difficult to implement across some CBMHOs due to a limited number of users being enrolled in service programs (a maximum of 30 persons in most cases). To compensate for the scarcity of services and of respondents available to address inferential analysis, a convenience sampling procedure was adopted. The participants from each CBMHO were invited by letter; and the ones who volunteered were then assigned for study according to the criteria of: length of time participating in the study site ( $\geq 3$  months); age ( $\geq 18$  years); and having had a personal history of psychiatric treatment or psychiatric hospitalization.

Table 1 *Background characteristics of 186<sup>a</sup> participants, by model of intervention*

Characteristic	Total ( <i>N</i> = 186)	EMP-COM ( <i>N</i> = 93)	BAU ( <i>N</i> = 93)	Statistic <sup>b</sup>		
	<i>N</i> (%)	<i>N</i> (%)	<i>N</i> (%)	<i>X</i> <sup>2</sup> or <i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Sex, female	57 (30.6)	29 (31.2)	28 (30.1)	.03	1	.874
Membership, ≤ 5yrs	112 (60.2)	56 (60.2)	56 (60.2)	.00	1	1.000
Psychiatric Diagnoses				.69	3	.881
Schizophrenia	113 (60.8)	55 (59.1)	58 (64.4)			
Bipolar disorder	28 (15.1)	14 (15.1)	14 (15.1)			
Major depressive Disorder	13 (7.0)	7 (7.5)	6 (6.5)			
Age, ranges, ≤40yrs	81 (43.5)	39 (41.9)	42 (45.2)	.20	1	.657
Homelessness, prior	44 (23.7)	23 (24.6)	21 (22.6)	.12	1	.730
Living situation				.79	2	.699
Alone, partner or child	39 (21.0)	20 (21.5)	19 (20.4)			
With family members	100 (53.8)	52 (55.9)	48 (51.6)			
Others, no family	47 (25.3)	21 (22.6)	28 (28.0)			
Education, attended				8.83	2	.012
9 yrs	93 (50.0)	38 (40.9)	55 (59.1)			
12 yrs	56 (30.1)	30 (32.3)	26 (28.0)			
University	36 (19.4)	25 (26.9)	11 (11.8)			
Working situation				8.27	3	.041
Employed	11 (5.9)	9 (9.7)	2 (2.2)			
Unemployed	64 (34.4)	35 (37.6)	29 (31.9)			
Retired	94 (50.5)	39 (41.9)	55 (59.1)			
Trainee	17 (9.1)	10 (10.8)	7 (7.5)			
Symptom distress (CSI) ( <i>M</i> ± <i>SD</i> score, <i>t</i> -test)	2.23 ± .82	2.30 ± .82	2.17±.82	-1.05	1	.294
Hospitalization, episodes ( <i>M</i> ± <i>SD</i> score, <i>t</i> -test)	2.79 ± 2.5	3.14 ± 4.9	2.46 ± 2.5	-1.16	1	.248

<sup>a</sup> Sample of participants was matched on the variables of: age, sex, schizophrenia, bipolar disorder, depression, prior homelessness experience, and number of episodes of hospitalization (lifetime).

Participants were asked to fill in four reliable measures regarding their perceptions of personal recovery and empowerment, community integration, symptoms frequency; and provided their written consent and individual demographic details, during face-to-face interviews. The referred measures had been designed to be self-reported but items were permitted to be read out by the interviewer whenever deemed necessary. Individual respondents were offered a gift card of 6€ (\$6) per interview for the time spent and involvement in the study. No competing interests were identified among the authors when conducting the study. Research procedures were revised by the national research funder's ethics commissions that required prior approval from the academic bodies<sup>20</sup>. The protocol and informed consent were also approved by the CBMHOs' Boards of Directors.

**Research sites.** All research settings in the study were non-profit community supports delivered in line with regulations for the psychosocial rehabilitation and/or community mental health services in Portugal. Parallel to the de-institutionalization plan, the Portuguese reformed mental health policy - Plano Nacional para a Saúde Mental (PNSM) - also created a new law (DL 8/2010) for the implementation of integrated care in the community context, providing the guiding principles for the development of community support services in the mental health system. The PNSM affirms that the primacy of mental health care must be centered on the community context; the users' personal goals and achievements; and the application of a recovery-oriented vision for the mental health policy<sup>21</sup>.

**Recovery orientation of sites.** Semi-structured interviews with 40 participants were conducted following the intervention model that had already been adopted by each of the five CBMHO involved in a previous larger study (Jorge-Monteiro, M. F. & Ornelas, J. H., *Dimensões de recovery em organizações de saúde mental comunitária: estudo qualitativo, relatório não publicado*)<sup>22</sup>. The authors of the present study here intend to present its main results/points in summarized form, because more in-depth findings are to be published elsewhere at a later date.

Four users were randomly selected per organization from the baseline list of participants in the overall research project using the following criteria: gender equity; minimum 2 years' participation in the organization; not currently hospitalized. Two practitioners per organization were randomly sampled from lists provided by each site. Inclusion criteria were:

---

<sup>20</sup> The research funder and institutional affiliation were described in the masked pieces send to the Editor.

<sup>21</sup> (the PNSM is available at <http://goo.gl/TbcioI>).

<sup>22</sup> Ver o documento 2 do Anexo 6 para informação adicional sobre esta análise.

- a minimum 2 years' working in the organization and having a full-time job contract. Each CBMHO also indicated two additional informants at the administration level that were interviewed as well. The interview guides were based on existing literature to reflect the empowering community-centered features of recovery-oriented services (Davidson, et al., 2007; Maton & Brodsky, 2011; Nelson, et al., 2001; Slade, 2010).

A thematic analysis was performed (Braun & Clarke, 2006; Padgett, 2012) because the authors wished to find features of empowering community focus in CBMHO interventions and to group them into a coding grid based on the reviewed literature. The coding grid was comprised of themes of shared mission, goals, collaboration, individualization of intervention, user participation and influence or performing activities in natural community contexts. Themes were coded independently by three researchers with prior knowledge of the transformative recovery vision in mental health practice, and the intraclass coefficient (ICC) was calculated to assess the level of agreement between coders ( $ICC > .78$ ). Observed cases were then inserted into a spreadsheet by CBMHO, according to the following categories: 1) values; 2) objectives; 3) practices. Findings from the qualitative analysis supported the existence of two prevailing models of intervention: an *empowering community-centered* (EMP-COM) model from one organization and a standard model going by the description of *business as usual* (BAU) from the remaining four organizations; which enabled current analyses.

### **Instruments**

Respondents completed the 20-item Portuguese version of the Empowerment Scale (ES) (Jorge-Monteiro & Ornelas, 2014; Rogers, et al., 2010) that showed good overall reliability ( $\alpha = .79$ ). The Community Activism and Autonomy (5 items;  $\alpha = .72$ ) and the Esteem and Efficacy (8 items;  $\alpha = .87$ ) subscales were also individually used in the analyses as separate dimensions of personal empowerment. The measure consist of statements scaled according to a 4-point interval (from 1= *strongly agree* to 4= *strongly disagree*) and had several items reverse-coded, so that a high score indicates a higher endorsement of subjective personal empowerment and so on. Participants also filled in items related to the four dimensions of personal recovery from the Portuguese version of the Recovery Assessment Scale (RAS), adapted from the Corrigan, et al. (2004) study that proved useful for this study population (Jorge-Monteiro & Ornelas, in press). The overall measure presented satisfactory reliability ( $\alpha = .90$ ) as it also did for the four dimensions of personal recovery: Personal Goals and Hope (9 items;  $\alpha = .88$ ); Managing the Help Needs (3 items;  $\alpha = .77$ ); Supportive

Interpersonal Relationships (4 items;  $\alpha = .75$ ); and Beyond Symptoms (6 items;  $\alpha = .78$ ). The participants rated the elements of personal experiences of recovery according to a 5-point scale (1- *strongly disagree*; 5 - *strongly agree*).

Community integration was measured with the 15-item Community Integration Questionnaire (CIQ) developed by Willer, Ottenbacher, and Coad (1994), which has proven structural stability and is intended to assess individual's home (six items) and social integration (five items) and the aggregate productivity capacity (to study, work, volunteer, and travel outside the house) (four items). CIQ measures effective participation in the community contexts as opposed to participants' perceptions of being included. Although the scale was created for assessing community integration for people with traumatic brain injury, the items are pertinent to analyze the dimensions of *full life* in community for any person, and its use with people experiencing a mental illness is absolutely applicable. Test developers found the scale was able to differentiate between people in different living situations. Current analyses used the CIQ overall score ( $\alpha = .67$ ) that was computed as a composite variable (ranging from 0 to a maximum of 29).

The Colorado Symptom Index (CSI) was used to assess participants' clinical data for symptom distress derived from their lived experience of mental illness (Conrad, et al., 2001; Shern, et al., 1994). The CSI is a self-reported feasible 14-item scale that measures psychiatric symptom frequency in a given time frame (1- *Not at all*, 5- *At least every day*). Total scores ranged from 14 to 70 and the lower ones indicated reports of less frequent symptoms. The CSI includes items such as "In the past month, how often have you felt nervous, tense, worried, frustrated or afraid?", or "In the past month, how often did you have problems thinking too fast (thoughts racing)?" The measure showed good reliability in terms of internal consistency ( $\alpha = .88$ ) with current in-study community mental health population.

### **Data Preparation and Analysis**

Cross-sectional group comparisons were designed to examine the effects of participation in an *empowering community-centered* model; and of involvement in recovery-oriented interventions on personal empowerment, sense of recovery and community integration of people with experience of mental illness. It was important for the preparation of data to also take missing data into consideration for the outcome measures and only a few observations were replaced by the respective mean scores in the cases of less than three missing values per participant. As the sampling procedure was one of convenience, for the

purpose of this current study, the baseline sample of 213 participants was matched using a propensity score technique to achieve background equivalence among participants across the research settings, resulting in a study sample of 186 participants.

Based on results from a previous investigation (Jorge-Monteiro, M. F. & Ornelas, J. H., Empowerment and recovery in community-based mental health organizations: a qualitative study, unpublished report) the participants were grouped into two independent groups – the purposive sample from the EMP-COM model and the comparison sample from the BAU model of intervention. Composite scores for individual outcome scales were also calculated. Participants' responses to four questions transformed into YES or NO (“Are you currently living in a group-home? Are you currently living in an independent housing or receiving home-related supports? Are you currently attending day treatment activities? Are you currently attending a supported employment program?”) were categorized according to reviewed literature as *high* or *low* recovery-oriented independent variables (supported housing and employment or group-home and day program, respectively). Pearson's correlations tests were performed to observe association among the dependent and independent variables.

A series of comparative analyses were performed. Qui-square tests were applied to verify significant differences in demographic data between independent groups of participants; and significant differences in the proportions of participants in high or low recovery-oriented activities by model of intervention. Differences between the two groups of participants on their self-reported clinical assessment were examined using an independent *t* test. To explore the association between participants' mean scores on empowerment, recovery and community integration outcome measures with their involvement in EMP-COM or BAU group models, a set of nine analyses of covariance was performed (ANCOVA) with a considered *p* value of  $< .05$  for the significance level. Variables of age, sex, schizophrenia, depression, homelessness, number hospitalizations, and symptom distress were added to the model as covariates. Parallel analysis with ANOVA One-way ( $p < .05$ ) was used to assess the effect of the participants' living situations on their community integration outcomes. Finally, Mann-Whitney *U*-tests ( $p < .05$ ) were conducted to examine significant differences in empowerment, recovery and community integration mean scores for subsamples of participants that self-reported having taken advantage of high or low recovery-oriented community services from the studied settings. The software used was the SPSS v.21 package.

## Results

The demographic characteristics of participants in the two groups were found to match with respect to age, sex, psychiatric diagnoses, and hospitalizations or homelessness rates as expected, which allowed for sample comparability (Table 1). Participants in EMP-COM and BAU models differed significantly only in their level of academic achievement or their employment status. Mean scores of the 186 participants were above the middle point for each scale with respect to personal empowerment ( $M = 2.82$ ,  $SD = .34$ ), or sense of recovery ( $M = 3.90$ ,  $SD = .53$ ). Mean scores in community integration were 13.10,  $\pm 4.4$  for the total sample, below the average value for this scale.

Table 2 Mean differences on empowerment, recovery and community integration outcomes, by group model

Variable	TOTAL ( $N = 186$ )		EMP-COM ( $N = 93$ )		BAU ( $N = 93$ )		Statistic <sup>a</sup>	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i> <sup>b</sup>	<i>p</i>
Empowerment (ES)	2.82	.34	2.88	.34	2.77	.34	5.56	.019
Community								
Activism and	3.19	.49	3.31	.48	3.07	.47	10.65	.001
Autonomy								
Esteem and Efficacy	3	.53	3.07	.50	2.93	.55	4.01	.047
Recovery (RAS)	3.90	.53	3.96	.52	3.84	.55	2.85	.093
Personal Goals and								
Hope	3.99	.61	4.13	.58	3.86	.61	10.71	.001
Managing Help								
Needs	4.05	.67	4.08	.70	4.05	.66	.27	.605
Supportive								
Interpersonal	4.08	.64	4.11	.62	4.05	.66	.28	.525
Relationships								
Beyond Symptoms	3.55	.77	3.55	.79	3.56	.76	.01	.933
Community								
Integration (CIQ)	13.10	4.44	13.87	3.91	12.33	4.8	5.82	.017

<sup>a</sup>From ANCOVA,  $p \leq 0.05$

<sup>b</sup> Covariates in the model: age, sex, female, schizophrenia, bipolar disorder, depression, homelessness experience, amount of hospitalization episodes, and level of symptom distress (CSI) variables.

To ascertain if there were differences with respect to personal empowerment, recovery and community integration outcomes between participants in the purposive group (EMP-COM) and participants in the comparison group (BAU), separate analyses of covariance were performed (Table 2). Participants in the EMP-COM model showed higher mean scores than the participants in the BAU model with respect to empowerment variables. Notably, findings, after counting covariate effects, indicated significant interaction of the model with empowerment, ( $F(1, 175) = 5.56, p = .019, \eta^2_p = .03$ ), esteem and efficacy ( $F(1,175) = 4.01, p = .047, \eta^2_p = .02$ ), and activism and autonomy ( $F(1, 175) = 10.65, p = .001, \eta^2_p = .06$ ).

Participants in the EMP-COM group presented higher mean scores of personal sense of recovery than the participants in the BAU group; however statistically significant differences were not observed ( $F(1, 175) = 2.85, p = .093$ ), after counting covariate effects. Similarly, models were equivalent with respect to variables of: managing help needs ( $F(1, 175) = .27, p = .605$ ), supporting interpersonal relationships ( $F(1, 175) = .28, p = .595$ ), and in living beyond symptoms ( $F(1, 175) = .00, p = .933$ ). However, findings showed the EMP-COM model had a statistically significant effect on the personal goals and hope variable from the recovery construct ( $F(1,175) = 10.71, p = .001, \eta^2_p = .06$ ) as observed in Table 2. The analysis of covariance indicated that the community integration score was significantly affected by the model of intervention after counting the covariate effects ( $F(1, 175) = 5.82, p = .017, \eta^2_p = .032$ ). Pearson's correlation analyses described in Table 3 were conducted to examine the association between variables of interest in the further analyses.

To observe if the proportions of participants enrolled in high or low recovery-oriented programs were significantly different in the EMP-COM model compared to the BAU model, Qui-square tests were used (Table 4). Findings indicated significant differences in the proportion of participants involved in high recovery-oriented programs such as independent housing ( $X^2(1, N = 17) = 62.43; p = .005$ ) and supported employment ( $X^2(1, N = 29) = 25.53; p < .001$ ) in favor of EMP-COM model. Conversely, the BAU group model was more likely to involve people with mental illness experience in day-treatment programs ( $X^2(1, N = 123) = 62.43; p < .001$ ) from the *low recovery-oriented* category. There were no significant differences between the two models with respect to the distribution of participants enrolled in group-homes ( $X^2(1, N = 41) = 28; p = .596$ ). The parallel univariate analysis of variance found mean differences in community integration variables between subgroup participants currently living alone, with a partner or child ( $M = 16.54; n = 39$ ), living with their relatives ( $M = 12.42; n = 100$ ) or living with others, besides family ( $M = 11.70; n = 43$ ). Findings

demonstrated strong significant associations between the community integration variable and the factor ( $F(2, 183) = 17.79, p < .001, \eta_p^2 = .16$ ). The *post-hoc* tests emphasized the group living alone, with partner or child from the other two groups ( $p < .001$ ) and showed no difference in community integration between the latter groups ( $p = .321$ ).

Table 3 *Pearson's correlation coefficient among dependent and independent variables with 186 participants*

	GH	IH	SE	DP	CSI	ES	RAS
Group Home (GH)							
Independent Housing (IH)	-.124						
Supported Employment (SE)	-.050	.224**					
Day Program (DP)	-.003	-.167*	-.225**				
CSI	-.025	.072	-.124	-.076			
ES	.039	.189**	.172*	.007	-.224**		
RAS	.050	.162*	.177*	.028	-.198**	.706**	
CIQ	-.179*	.200**	.223**	-.225*	.047	.124	.165*

*Note.* Correlations are significant at the  $p < .01$  level (\*\*), with the following exceptions: (\*) significant at  $p < .05$  level, (o) Not significant,  $p > .05$ .

Several analyses using non-parametric *U*-tests were made regarding how participants' engagement in high recovery-related programs and participants involved in low recovery-oriented programs perceived their sense of empowerment and recovery; or rated their functioning in terms of community integration (Table 4). Participation in the high recovery-oriented program activities showed significant mean differences in all three dependent variables in the study, affecting them positively. Comparison analyses conducted for empowerment dependent variables indicated that participants enrolled in programs from high-related categories such as independent housing ( $U = 2, p = .008$ ) or supported employment ( $U = 2.94, p = .013$ ) rated higher mean scores in the empowerment than participants who were not taking advantage of those programs. Personal recovery was also greater for participants in

independent housing ( $U = 1.91, p = .026$ ) and for participants in supported employment ( $U = 2.85, p = .031$ ). The results showed that participants' community integration mean rank scores were lower for those involved in group-home ( $U = 2.34, p = .039$ ) or day programs ( $U = 2.72, p = .001$ ). The effect on community integration was directly associated with engagement in independent housing ( $U = 1.99, p = .010$ ) and supported employment ( $U = 3.10, p = .002$ ) programs. As a whole, the findings described in Table 4 indicated greater mean scores of community integration, personal recovery and empowerment for participants taking advantage of programs in the high recovery-oriented category of services.

### **Discussion**

The main objective of this study was to examine whether the implementation of an empowering, community-centered intervention model in mental health community practice had a transformative effect on the lives of people who had experienced mental illness, as regards the individual outcomes of empowerment, recovery and community integration. The EMP-COM approach, by prioritizing interventions in harmony with their natural community contexts rather than segregated contexts (Nelson, et al., 2014b) revealed an improved capacity to get participants involved in such high-recovery oriented initiatives as supported employment or independent housing, whereas in the BAU model the percentage of participants involved in low recovery-oriented initiatives was higher. Another investigation revealed that people with EMI expended a lot of time and effort on daily or leisure activities, or day-center environments that differed from everyone else's (Eklund & Sandlund, 2012, 2014; Townley, et al., 2009); and that only a few people had accessed employment with support (Bond & Drake, 2014; Drake, Bond, & Becker, 2012).

Table 4 Proportions of participants in program activities, by group model; and outcome measures mean rank scores, by program activity

Recovery-orientation	EMP-COM (N=93)		BAU (N=93)		Outcome measures <sup>b</sup> (N=186)								
					Statistic <sup>a</sup>			ES		RAS		CIQ	
					$X^2$	<i>df</i>	<i>p</i>	Mean Rank		Mean Rank		Mean Rank	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%				Y	NO	Y	NO	Y	NO
Low-related													
Day Program	36	(38.7)	87	(93.5)	$X^2 = 62.43$	1	<.001	92.1	96.2	92.2	95.9	84.1*	111.9
Group Home	19	(20.4)	22	(23.7)	$X^2 = .28$	1	.596	95.3	92.9	95.9	92.8	78.2*	97.8
High-related													
Independent Housing	14	(15.1)	3	(3.2)	$X^2 = 7.83$	1	.005	126.5*	90.2	121.2*	90.7	125.6*	90.3
Supported Employment	27	(29.0)	2	(2.2)	$X^2 = 25.53$	1	<.001	116.4*	89.3	113.3*	89.8	121.9*	88.3

<sup>a,b</sup> From Chi-square or Mann-Whitney *U*-test, significance at  $p \leq .05$  (\*).

In our study, the features of the EMP-COM context were especially pertinent for the results of empowerment and community integration among its participants. As regards empowerment, the model was proven to have an influence on the community activism and autonomy of participants, essentially the individual's agency to modify one's living conditions and have the motivation and transformative opportunities to control one's own life. Also it was influential in terms of the individual's esteem and efficacy, linked to the acquisition of information and knowledge to improve personal autonomy, through the exercise of one's own skills in a relational context (Cattaneo & Chapman, 2010; Christens, 2012). These two dimensions are central to the process of personal empowerment in mental health (Chamberlin, 1997; Corrigan, et al., 1999; Lloyd, et al., 2010; Lord & Hutchison, 1993; Rogers, et al., 1997) and appear together in literature, described as fundamentally complementary pre-conditions for recovery (Brown, 2012; Ralph & Corrigan, 2005).

According to Cattaneo and Goodman (2014), the process of personal empowerment depends heavily on contextual factors and on *power* as a core concept. The role of services in the increase of empowerment is achieved by helping people establish their own objectives, destined towards the overcoming of their unfavorable situation, which are the cornerstone of the empowerment process; and their efforts to be successful in community settings (Christens, 2012; Fisher, 1994; Maton & Brodsky, 2011). Concurrent research conducted with empowering community contexts such as consumer-run organizations and the combination of peer support with professional services also indicated potentially significant results in terms of the promotion of empowerment and, consequently, conditions for the realization of the personal recovery process (Brown, 2012; Corrigan, 2006; Nelson, et al., 2006; Resnick & Rosenheck, 2008; Segal, et al., 2010).

The EMP-COM model was notable for the individuals' establishment of personal goals and hope, i.e. having perspectives for the future. This consists of a context of opportunities which help one to realize personal change, establish life objectives and have the desire to carry them out. According to recovery in mental illness literature, the setting of personal goals and having hope for the future are considered to be core dimensions of the concept (Corrigan, et al., 2004; Davidson, Sells, et al., 2005; Deegan, 2005; Young & Ensing, 1999).

Even so, the two models being compared failed to differ when it came to managing help needs, availability of supportive interpersonal relationships, and living beyond symptoms. Both community-based interventions were, therefore, equally efficient when it

came to granting their respective users access to personal experiences such as having a network of friendships, support and relevant social interactions, a context in which it would be possible to look after oneself when managing help needs, and experiences beyond those related solely to mental illness (Davidson, et al., 2007; Deegan, 1988; Slade, 2010). These results can be understood in part via Salzer and Baron (2014)'s as well as other researchers' arguments, which recognized that a recovery-oriented vision led to significant improvements in the efficiency of the mental health system (eg. living in the community, psychosocial programs, interventions tailored to the individual's needs, the inclusion of types of peer support) but which nevertheless continued to defend that transformative changes were still needed, since the social conditions of people who experience mental illness remained unchanged (Nelson, et al., 2014a).

The results of the participants' community integration, evaluated in terms of its frequency and effective contribution in the home, social interactions and in productivity (work, study, volunteering), were also significantly affected by the EMP-COM model, in which participants taking advantage of a community-centered practice are more integrated compared to participants from the BAU group that parallels prior research about community integration and participation (Aubry, et al., 2013; Kaplan, et al., 2012). Ultimately, our results indicated that participants involved in high recovery-oriented programs such as independent housing or supported employment programs had shown improved recovery, as well as being more empowered and integrated in the community, than participants not involved in those programs. Based on our findings and on literature review (Ornelas, et al., 2014; Swanson, Courtney, Meyer, & Reeder, 2014), the co-location of services (employment, housing and mental health services) appeared to lead to transformative recovery-related outcomes; but these interrelations need to be confirmed in further research.

A significant amount of evidence already exists concerning the employment initiatives available to speed up and maintain the job prospects of people with mental illness (Bond & Drake, 2014). The link between employment and community integration and recovery, is notable in narratives of recovery but we still know too little about its effects through quantitative studies (Provencher, Gregg, Mead, & Mueser, 2002). In the study of (Lloyd, et al., 2010), an association between empowerment and recovery with community integration was found, namely with respect to remunerated employment.

As regards living circumstances, the opportunity to live in a regular household allows the renewal of meaning and purpose in one's life by becoming a valued member of society,

thus creating opportunities to live a life beyond mental illness (Nelson, 2010; Ridgway & Zipple, 1990; Rog, et al., 2014). Supported independent living permits personal growth and citizenship upon which people can decide to change their environment or choose their daily routine, and to express their individuality and lifestyle including having intimate relationships (Deegan, 1992). Overall, the number of people in our study cohabiting at their parents' homes is higher than that of people living independently or in group residential programs. There is a cultural perception of values associated with being of independent means as opposed to living with your parents, but in general this process associated with one's capacity to manage your own life is geared commonly towards the transition to adulthood. This being the case, the programs of independent living with in-home supports, as solutions for establishing a home for adults with a history of mental illness, are an extremely valuable service to enable life choices that are more autonomous and community-integrated, and intended precisely to help those still living in the family, so as to prepare them for their own independence and to prevent critical situations arising due to aging or the loss of parents (Chen, 2010).

In our parallel analysis, the subgroup of participants who reported to be living either alone, or with a partner or children, revealed to have more significant effects on community integration than those in situations of institutional or family dependence. The evidence of other studies has indicated that the programs of independent living with home help, as long as they are tailored to the individual's needs and interests, have positive effects on the level of community integration (Aubry, et al., 2013; O'Connell, et al., 2006; Rog, et al., 2014; Townley, Miller, & Kloos, 2013).

The participants involved in low recovery-oriented programs (group-home and day programs), showed lower levels of community integration and did not stand out in terms of recovery or empowerment. These findings make sense taking into consideration that low recovery-oriented programs are less tailored to the individual's needs and interests, as they function in a manner that is separate from the natural order of the community, which could benefit those given little opportunity to undertake personal change and challenge their reduced interaction with others who have no experience in mental illness. (Eklund & Sandlund, 2012, 2014; Kloos & Townley, 2011; Townley, et al., 2009). The low recovery-oriented residential and work-related spaces are "one fits all"-type environments, where people are passive and dependent on pre-established routines with choices limited to an array

of possible options (Deegan, 1992; Nelson, 2010; Nelson, et al., 2014a; Ridgway & Zipple, 1990).

In conclusion, our data gives a strong indication that the implementation of an empowering community-centered approach is associated with enhanced personal empowerment; esteem and efficacy; community activism and autonomy; personal goals and hope; and community integration of participants. Conducted analyses also provided evidence that an empowering community context guides a greater number of participants towards recovery-oriented programs; and this involvement suggests a positive association with the individuals' outcomes. After taking all this into account, it is believed the present study is a useful addition to the investigation of transformative changes in community mental health practice, which are currently striving to direct their efforts towards fostering recovery, empowerment and community integration of people who experience mental illness.

However, several limitations must be acknowledged. The lack of random assignment of participants could be considered a shortcoming of our study, but nonetheless the process of matching the sample of participants based on a broad range of personal characteristics, irrespective of participation in these programs (age, sex, psychiatric diagnoses, number of hospitalization episodes, prior experience of homelessness), reduced potentially confounding variables in the comparative examination of the intervention models. Moreover, these variables were used as covariates in the univariate analysis as well as in the symptom distress score, for which reason the quality of the analyses allows us to have confidence in the results achieved. The lack of equivalent samples in the comparison of the participant subgroups, in relation to high and low recovery-oriented programs may also be considered a shortcoming of the study. In spite of the results obtained being in line with the results of the published concurrent investigation reservations persist because of the nature of its conditions; we still consider the findings to be sufficiently valid as parallel contributions to the overall examination of the intervention models.

Responding to the question of the study's limitations, the authors recommend further longitudinal analysis of the effectiveness of the EMP-COM approaches to recovery to determine with greater confidence its influence on empowerment, recovery and community integration outcomes. It is also important to investigate to what extent the CMH services are in the process of implementing change to alter the conditions *around the "seed"*, through the implementation of recovery-oriented programs of: supported employment, independent housing or the work with the community natural supports. The former programs are evidence-

based practices for the purpose of finding competitive employment and permanent housing and so, based on our results and the revision of existing literature, further research is needed with larger samples that also take into account differential outcomes with respect to empowerment, recovery and community integration.

In terms of the implications for its practical implementation, combining the integration of empowering community mental health services with supported employment and housing programs seems to be a promising practice approach and, therefore a relevant option for the future of effective transformative community mental health. Only through *full* community integration can people respond effectively to the process of personal recovery. Community integration, empowerment and recovery demand new capacities and practices from professionals within community support organizations. Therefore, it is relevant to build on program features that connect people who experience mental illness with their natural community settings in order to enhance opportunities for community participation and inclusion, and ultimately citizenship.

#### References

- Aubry, T., Flynn, R.J., Virley, B., & Neri, J. (2013). Social role valorization in community mental health housing: Does it contribute to the community integration and life satisfaction of people with psychiatric disabilities? *Journal of Community Psychology*, *41*(2), 218-235, doi:10.1002/jcop.21524.
- Barrett, B., Young, M.S., Teague, G.B., Winarski, J.T., Moore, K.A., & Ochshorn, E. (2010). Recovery orientation of treatment, consumer empowerment, and satisfaction with services: A mediational model. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *34*(2), 153-156, doi:10.2975/34.2.2010.153.156.
- Blanch, A.K., Carling, P.J., & Ridgway, P. (1988). Normal housing with specialized supports: A psychiatric rehabilitation approach to living in the community. *Rehabilitation Psychology*, *33*(1), 47-55, doi:10.1037/h0091686.
- Bond, G.R., & Drake, R.E. (2014). Making the case for IPS supported employment. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, *41*(1), 69-73, doi:10.1007/s10488-012-0444-6.
- Bond, G.R., Drake, R.E., & Becker, D.R. (2008). An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *31*(4), 280-290, doi:10.2975/31.4.2008.280.290.

- Bond, G.R., Salyers, M.P., Rollins, A.L., Rapp, C.A., & Zipple, A.M. (2004). How Evidence-Based Practices Contribute to Community Integration. *Community Mental Health Journal, 40*(6), 569-588, doi:10.1007/s10597-004-6130-8.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*(2), 77-101, doi:10.1191/1478088706qp063oa.
- Brown, L.D. (2012). *Consumer-run mental health: Framework for recovery*. New York, NY US: Springer Science + Business Media.
- Byrne, T., Bettger, J.P., Brusilovskiy, E., Wong, Y.-L.I., Metraux, S., & Salzer, M.S. (2013). Comparing neighborhoods of adults with serious mental illness and of the general population: Research implications. *Psychiatric Services, 64*(8), 782-788.
- Carling, P.J. (1995). *Return to community: Building support systems for people with psychiatric disabilities*. New York, NY US: Guilford Press.
- Cattaneo, L.B., & Chapman, A.R. (2010). The process of empowerment: A model for use in research and practice. *American Psychologist, 65*(7), 646-659.
- Cattaneo, L.B., & Goodman, L.A. (2014). What Is Empowerment Anyway? A Model for Domestic Violence Practice, Research, and Evaluation. *Psychology of Violence*.
- Chamberlin, J. (1997). A working definition of empowerment. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 20*(4), 43-46.
- Chen, F.-p. (2010). Assisting adults with severe mental illness in transitioning from parental homes to independent living. *Community Mental Health Journal, 46*(4), 372-380, doi:10.1007/s10597-009-9263-y.
- Christens, B.D. (2012). Toward relational empowerment. *American Journal of Community Psychology, 50*(1-2), 114-128, doi:10.1007/s10464-011-9483-5.
- Conrad, K.J., Yagelka, J.R., Matters, M.D., Rich, A.R., Williams, V., & Buchanan, M. (2001). Reliability and validity of a modified Colorado Symptom Index in a national homeless sample. *Mental Health Services Research, 3*(3), 141-153, doi:10.1023/a:1011571531303.
- Corrigan, P.W. (2006). Impact of consumer-operated services on empowerment and recovery of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Services, 57*(10), 1493-1496, doi:10.1176/appi.ps.57.10.1493.

- Corrigan, P.W., Faber, D., Rashid, F., & Leary, M. (1999). The construct validity of empowerment among consumers of mental health services. *Schizophrenia Research*, 38(1), 77-84, doi:10.1016/s0920-9964(98)00180-7.
- Corrigan, P.W., Salzer, M., Ralph, R.O., Sangster, Y., & Keck, L. (2004). Examining the Factor Structure of the Recovery Assessment Scale. *Schizophrenia Bulletin*, 30(4), 1035-1041.
- Davidson, L., Chinman, M.J., Kloos, B., Weingarten, R., Stayner, D.A., & Tebes, J.K. (2005). Peer Support Among Individuals with Severe Mental Illness: A Review of the Evidence. In L. Davidson, C. Harding & L. Spaniol (Eds.), *Recovery from severe mental illnesses: Research evidence and implications for practice, Vol 1*. (pp. 412-450). Boston, MA: Center for Psychiatric Rehabilitation/Boston U.
- Davidson, L., Ridgway, P., Wieland, M., & O'Connell, M. (2009). A capabilities approach to mental health transformation: A conceptual framework for the recovery era. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 28(2), 35-46.
- Davidson, L., Sells, D., Songster, S., & O'Connell, M. (2005). Qualitative Studies of Recovery: What Can We Learn From the Person? In R.O. Ralph & P.W. Corrigan (Eds.), *Recovery in mental illness: Broadening our understanding of wellness*. (pp. 147-170). Washington, DC US: American Psychological Association.
- Davidson, L., Tondora, J., O'Connell, M.J., Kirk, T., Jr., Rockholz, P., & Evans, A.C. (2007). Creating a recovery-oriented system of behavioral health care: Moving from concept to reality. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31(1), 23-31, doi:10.2975/31.1.2007.23.31.
- Deegan, P.E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11-19.
- Deegan, P.E. (1992). The Independent Living Movement and people with psychiatric disabilities: Taking back control over our own lives. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 15(3), 3-19, doi:10.1037/h0095769.
- Deegan, P.E. (2005). Recovery as a Journey of the Heart. In L. Davidson, C. Harding & L. Spaniol (Eds.), *Recovery from severe mental illnesses: Research evidence and implications for practice, Vol 1*. (pp. 57-68). Boston, MA: Center for Psychiatric Rehabilitation/Boston U.

- Drake, R.E., & Bond, G.R. (2011). IPS support employment: A 20-year update. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation, 14*(3), 155-164, doi:10.1080/15487768.2011.598090.
- Drake, R.E., Bond, G.R., & Becker, D.R. (2012). *Individual placement and support: An evidence-based approach to supported employment*. New York, NY, US: Oxford University Press.
- Eklund, M., Hansson, L., & Ahlqvist, C. (2004). The Importance of Work as Compared to Other Forms of Daily Occupations for Wellbeing and Functioning among Persons with Long-Term Mental Illness. *Community Mental Health Journal, 40*(5), 465-477, doi:10.1023/B:COMH.0000040659.19844.c2.
- Eklund, M., & Sandlund, M. (2012). The life situation of people with persistent mental illness visiting day centers: A comparative study. *Community Mental Health Journal, 48*(5), 592-597, doi:10.1007/s10597-011-9410-0.
- Eklund, M., & Sandlund, M. (2014). Predictors of valued everyday occupations, empowerment and satisfaction in day centres: Implications for services for persons with psychiatric disabilities. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 28*(3), 582-590, doi:10.1111/scs.12085.
- Fisher, D.B. (1994). Health care reform based on an empowerment model of recovery by people with psychiatric disabilities. *Hospital & Community Psychiatry, 45*(9), 913-915.
- Hansson, L., & Björkman, T. (2005). Empowerment in people with a mental illness: Reliability and validity of the Swedish version of an empowerment scale. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 19*(1), 32-38, doi:10.1111/j.1471-6712.2004.00310.x.
- Jacobson, N., & Greenley, D. (2001). A conceptual model of recovery. *Psychiatric Services, 52*(5), doi:10.1176/appi.ps.52.5.688.
- Jorge-Monteiro, M.F., & Ornelas, J.H. (2014). Properties of the Portuguese version of the Empowerment Scale with mental health organization users. *International Journal of Mental Health Systems, 8*(48), doi:10.1186/1752-4458-8-48.

- Jorge-Monteiro, M.F., & Ornelas, J.H. (in press). Recovery Assessment Scale: Testing validity with Portuguese community mental health organization users. *Psychological Assessment*.
- Kaplan, K., Salzer, M.S., & Brusilovskiy, E. (2012). Community participation as a predictor of recovery-oriented outcomes among emerging and mature adults with mental illnesses. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35(3), 219-229, doi:10.2975/35.3.2012.219.229.
- Kloos, B., & Townley, G. (2011). Investigating the relationship between neighborhood experiences and psychiatric distress for individuals with serious mental illness. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38(2), 105-116, doi:10.1007/s10488-010-0307-y.
- Lloyd, C., King, R., & Moore, L. (2010). Subjective and objective indicators of recovery in severe mental illness: A cross-sectional study. *International Journal of Social Psychiatry*, 56(3), 220-229, doi:10.1177/0020764009105703.
- Lord, J., & Hutchison, P. (1993). The process of empowerment: implications for theory and practice. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 12(1), 5-22.
- Maton, K.I., & Brodsky, A.E. (2011). Empowering community settings: Theory, research, and action. In M.S. Aber, K.I. Maton & E. Seidman (Eds.), *Empowering settings and voices for social change*. (pp. 38-64). New York, NY US: Oxford University Press.
- Mead, S., & Copeland, M.E. (2000). What recovery means to us: Consumers' perspectives. *Community Mental Health Journal*, 36(3), 315-328, doi:10.1023/a:1001917516869.
- Morris, S.B., Huang, J., Zhao, L., Sergent, J.D., & Neuhengen, J. (2014). Measurement Equivalence of the Empowerment Scale for White and Black Persons With Severe Mental Illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*.
- Nelson, G. (2010). Housing for people with serious mental illness: Approaches, evidence, and transformative change. *Journal of Sociology and Social Welfare*, 37(4), 123-146.
- Nelson, G., Kloos, B., & Ornelas, J. (2014a). *Community Psychology and Community Mental Health: Towards Transformative Change*. New York: Oxford University Press
- Nelson, G., Kloos, B., & Ornelas, J. (2014b). Transformative change in community mental health: a community psychology framework. In G. Nelson, B. Kloos & J. Ornelas

(Eds.), *Community Psychology and Community Mental Health: Towards Transformative Change* (pp. 3-20). New York: Oxford university Press.

Nelson, G., Lord, J., & Ochocka, J. (2001). *Shifting the paradigm in community mental health: towards empowerment and community*. Toronto: University of Toronto Press.

Nelson, G., Ochocka, J., Janzen, R., & Trainor, J. (2006). A longitudinal study of mental health consumer/survivor initiatives: Part 1--Literature review and overview of the study. *Journal of Community Psychology*, *34*(3), 247-260, doi:10.1002/jcop.20097.

O'Connell, M., Rosenheck, R., Kaspro, W., & Frisman, L. (2006). An Examination of Fulfilled Housing Preferences and Quality of Life among Homeless Persons with Mental Illness and/or Substance Use Disorders. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, *33*(3), 354-365, doi:10.1007/s11414-006-9029-z.

Ornelas, J., Duarte, T., & Jorge-Monteiro, M.F. (2014). Transformative organizational change in community mental health. In G. Nelson, B. Kloos & J. Ornelas (Eds.), *Community Psychology and Community Mental Health: Towards Transformative Change* (pp. 253-277). New York: Oxford University Press.

Padgett, D.K. (2012). *Qualitative and Mixed Methods in Public Health*. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.

Pelletier, J.-F., Corbière, M., Lecomte, T., Briand, C., Corrigan, P., Davidson, L., et al. (2015). Citizenship and recovery: Two intertwined concepts for civic-recovery. *BMC Psychiatry*, *15*.

Provencher, H.L., Gregg, R., Mead, S., & Mueser, K.T. (2002). The role of work in the recovery of persons with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *26*(2), 132-144, doi:10.2975/26.2002.132.144.

Ralph, R.O., & Corrigan, P.W. (2005). *Recovery in mental illness: Broadening our understanding of wellness*. Washington, DC US: American Psychological Association.

Resnick, S.G., & Rosenheck, R.A. (2008). Integrating peer-provided services: A quasi-experimental study of recovery orientation, confidence, and empowerment. *Psychiatric Services*, *59*(11), 1307-1314, doi:10.1176/appi.ps.59.11.1307.

Ridgway, P.A., & Zippel, A.M. (1990). The paradigm shift in residential services: From the linear continuum to supported housing approaches. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, *13*(4), 11-31.

- Rog, D.J., Marshall, T., Dougherty, R.H., George, P., Daniels, A.S., Ghose, S.S., et al. (2014). Permanent supportive housing: Assessing the evidence. *Psychiatric Services, 65*(3), 287-294.
- Rogers, E.S., Chamberlin, J., Ellison, M.L., & Crean, T. (1997). A consumer-constructed scale to measure empowerment among users of mental health services. *Psychiatric Services, 48*(8), 1042-1047.
- Rogers, E.S., Ralph, R.O., & Salzer, M.S. (2010). Validating the Empowerment Scale with a multisite sample of consumers of mental health services. *Psychiatric Services, 61*(9), 933-936, doi:10.1176/appi.ps.61.9.933.
- Rogers, E.S., Teague, G.B., Lichenstein, C., Campbell, J., Lyass, A., Chen, R., et al. (2007). Effects of participation in consumer-operated service programs on both personal and organizationally mediated empowerment: results of multisite study. *Journal of Rehabilitation Research & Development, 44*(6), 785-800, doi:10.1682/JRRD.2006.10.0125.
- Salzer, M., & Baron, R.C. (2014). Who is John?: community integration as a paradigm for transformative change in community mental health. In G. Nelson, B. Kloos & J. Ornelas (Eds.), *Community Psychology and Community Mental Health: Towards Transformative Change* (pp. 228-249). New York: Oxford University Press.
- Segal, S.P., Silverman, C.J., & Temkin, T.L. (2010). Self-Help and Community Mental Health Agency Outcomes: A Recovery-Focused Randomized Controlled Trial. *Psychiatric Services, 61*(9), 905-910.
- Segal, S.P., Silverman, C.J., & Temkin, T.L. (2011). Outcomes From Consumer-Operated and Community Mental Health Services: A Randomized Controlled Trial. *Psychiatric Services, 62*(8), 915-921.
- Shern, D.L., Wilson, N.Z., Coen, A.S., Patrick, D.C., Foster, M., Bartsch, D.A., et al. (1994). Client outcomes: II. Longitudinal client data from the Colorado Treatment Outcome Study. *Milbank Quarterly, 72*(1), 123-148, doi:10.2307/3350341.
- Slade, M. (2010). Measuring recovery in mental health services. *The Israel journal of psychiatry and related sciences, 47*(3), 206-212.

- Swanson, S.J., Courtney, C.T., Meyer, R.H., & Reeder, S.A. (2014). Strategies for integrated employment and mental health services. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 37(2), 86-89, doi:10.1037/prj0000049.
- Townley, G., Kloos, B., & Wright, P.A. (2009). Understanding the experience of place: expanding methods to conceptualize and measure community integration of persons with serious mental illness. *Health & Place*, 15(2), 520-531, doi:10.1016/j.healthplace.2008.08.011.
- Townley, G., Miller, H., & Kloos, B. (2013). A little goes a long way: The impact of distal social support on community integration and recovery of individuals with psychiatric disabilities. *American Journal of Community Psychology*, doi:10.1007/s10464-013-9578-2.
- Waghorn, G., & Lloyd, C. (2010). Employment and people with mental illness. In C. Lloyd (Ed.), *Vocational Rehabilitation and Mental Health* (pp. 1-18). Oxford: Wiley-Blackwell.
- Ware, N.C., Hopper, K., Tugenberg, T., Dickey, B., & Fisher, D. (2007). Connectedness and citizenship: Redefining social integration. *Psychiatric Services*, 58(4), 469-474, doi:10.1176/appi.ps.58.4.469.
- Ware, N.C., Hopper, K., Tugenberg, T., Dickey, B., & Fisher, D. (2008). A theory of social integration as quality of life. *Psychiatric Services*, 59(1), 27-33, doi:10.1176/appi.ps.59.1.27.
- Willer, B., Ottenbacher, K.J., & Coad, M.L. (1994). The Community Integration Questionnaire: A comparative examination. *American Journal of Physical Medicine*, 73(2), 103-111.
- Wowra, S.A., & McCarter, R. (1999). Validation of the Empowerment Scale with an outpatient mental health population. *Psychiatric Services*, 50(7), 959-961.
- Young, S.L., & Ensing, D.S. (1999). Exploring recovery from the perspective of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22(3), 219-231.

## **CONCLUSÃO GERAL**



## Conclusão Geral

A literatura revista nesta investigação apontou para a necessidade de alterações fundamentais no funcionamento e objectivos programáticos dos serviços de saúde mental na comunidade de forma a alcançarem-se resultados individuais significativos em termos de empowerment, recovery e integração comunitária das pessoas com experiência de doença mental (Nelson, Kloos, & Ornelas, 2014a; Ornelas, Duarte, & Jorge-Monteiro, 2014; Salzer & Baron, 2014). Reportando-nos ao primeiro objectivo geral da presente investigação - adaptar o modelo conceptual dos contextos comunitários empoderadores para os serviços de saúde mental; e testar a validade de aplicação através de um estudo de caso - ficámos a conhecer que *o modelo conceptual dos contextos comunitários empoderadores é um recurso viável e útil para a intervenção e para a investigação no desenvolvimento de programas e serviços baseados no empowerment, centrados na comunidade* em conformidade com os desafios actuais da mudança transformativa em saúde mental.

Aplicação da grelha ECS Framework for Community Mental Health Organizations (ECS-CMHO) (Estrutura Conceptual dos Contextos Comunitários Empoderadores para as Organizações de Saúde Mental Comunitária) através do estudo de caso permitiu observar empiricamente a validade do instrumento adaptado através de revisão de literatura, verificando-se congruência entre os pressupostos teóricos e práticos. A proposição teórica de que os programas de saúde mental na comunidade devem e podem encetar mudanças organizacionais adoptando um funcionamento empoderador e centrado na comunidade foi confirmado através da estrutura conceptual resultante (Jorge-Monteiro, Aguiar, Sacchetto, Vargas-Moniz, & Ornelas, 2014; Maton, 2008).

A literatura recente propõe a abordagem baseada no empowerment e na comunidade para os serviços de saúde mental para serem mais eficazes nos seus resultados de integração comunitária e recovery (Nelson et al., 2014a). No entanto, os serviços de saúde mental comunitários que têm sido a base do suporte profissional prestado às pessoas com doença mental precisam de assistência técnica no que se refere à incorporação dos mecanismos de empowerment que tenham impacto na alteração das condições sociais que afectam a vida das pessoas; e também de mudanças no acesso e na reorganização dos recursos do sistema de saúde mental para porem em prática essa transformação. A grelha ECS-CMHO pode ser um contributo importante nesse processo, como descreveremos em seguida.

A análise tendo por base a ECS-CMHO como grelha de análise dedutiva, forneceu também contributos relevantes ao identificar e descrever potenciais factores transformativos

para os diversos níveis ecológicos de análise da saúde mental comunitária (indivíduos, programa e sistema) os quais estavam presentes na organização considerada para o estudo de caso qualitativo. A nível individual, pudemos encontrar evidência relacionada com a *transformação da identidade de doente em cidadão*, das pessoas que têm uma experiência pessoal e social associada com a doença mental. Este resultado é consistente com a revisão de literatura realizada nos diversos campos temáticos do empowerment, recovery e integração comunitária, sugerindo tratar-se de um ingrediente fundamental com impacto nos resultados individuais (Davidson, Ridgway, Wieland, & O'Connell, 2009; Kieffer, 1984; Ware, Hopper, Tugenberg, Dickey, & Fisher, 2007). Iremos também discutir os resultados gerais com conteúdos da análise temática pertencentes ao modelo EMP-COM. A este nível, testemunhámos que:

*os objectivos enquadram-se no modelo teórico e têm como finalidade aumentar a participação das pessoas com doença mental na comunidade, e essa participação é feita a vários níveis. (...) Tem que ver com o emprego, que ver com a habitação, tem que ver com a participação política, coma a cidadania (T1)*

Em termos da abordagem ao recovery, foram identificados factores tais como a individualização dirigida para os interesses e para os objectivos pessoais para além da identificação de necessidades e de suporte pelos serviços, o que é habitualmente o enfoque dominante da abordagem ao recovery das intervenções convencionais da saúde mental lideradas pelo diagnóstico (Nelson, Lord, & Ochocka, 2001). Uma entrevistada sublinhou que:

*o técnico [através] do programa de suporte individual, vai definir em conjunto com cada participante os objectivos, as metas que a pessoa pretende alcançar, que suportes é que podem ser mobilizados para permitir que esse projecto seja concretizado (IC1)*

*as pessoas sabem o que querem ... e é isso que fazemos, vamos dando essa liberdade de escolha, essa liberdade de decisão conjunta, é sobretudo um trabalho muito colaborativo (T2)*

Afirmar que o factor é transformativo, encontra paralelo na literatura que propõem a expansão da conceptualização do recovery pessoal para além do sentido de bem-estar e abarcar experiências concretas de participação e cidadania (Davidson, O'Connell, Tondora, Styron, & Kangas, 2006; Newberry & Strong, 2009; Pelletier, Davidson, Roelandt, &

Daumerie, 2009). Aliás, só através da identificação activa de interesses e objectivos pessoais é também possível orientar a acção dos serviços e programas para a comunidade externa ao sistema de saúde mental, como é afirmado:

*Temos esta missão de integrar pessoas, de defender que as pessoas com doença mental devem viver na comunidade a todos os níveis (...), devem ter um acesso aberto aos serviços e a todos os recursos que existam (...). A abordagem é sempre contextualista, é natural, defendemos que se utilizem os recursos naturais da comunidade (IC2)*

Foram também identificados a nível individual: a oportunidade e acessibilidade a papéis como significado tanto dentro como fora da organização e participação nos contextos naturais da comunidade. Este factor refere-se claramente a centralidade da comunidade no modelo reflectida na utilização dos ambientes naturais da comunidade ou na opção por programas promotores da integração tais como o emprego em contextos regulares, por exemplo. A título ilustrativo, podemos citar o discurso de participantes sobre este processos:

*eu estava com muitas dúvidas em relação ao mercado de trabalho, como é que era arranjar emprego... como é que era responder a entrevistas ... fazer entrevistas... o emprego apoiado da associação deu-me um novo conforto (U3).*

A nível organizacional, destacaram-se importantes factores transformativos ancorados na *actividade centrada na comunidade*, relevante numa organização empoderadora (Maton & Brodsky, 2011). Os dados encontrados referem a implementação da intervenção através de parcerias continuadas com múltiplos recursos fora do sistema de saúde mental (escolas, empresas, centros de lazer e cultura, ou de formação, ...) que promovem a interacção com professores, senhorios, vizinhos, entre outros.

*é integrar as pessoas no meio social ... ajudar a arranjar emprego (U4)*

*fazer a integração comunitária vai implicar uma articulação e um trabalho de pontes constantes com os recursos na comunidade, com as empresas, com as escolas, com juntas de freguesia, com os centros de formação, com a entidade onde o participante está envolvido (IC2)*

Esta característica dominante num modelo EMP-COM está em paralelo com a perspectiva contextualista da psicologia comunitária, que ao invés de pensar ambientes alternativos separados, as intervenções alternativas devem ser situadas na comunidade e a interacção entre os membros da comunidade deve ser colaborativa (Trickett, 2009a, 2009b). A

colaboração como processo organizacional transversal também se destacou estando presente ao nível dos vários níveis de decisão (participação no desenvolvimento dos serviços e nos corpos sociais), nas formas de suporte interpessoal (o suporte entre pares, a ajuda mútua), na implementação dos objectivos programáticos (contactos com recursos, concretização de eventos). Como refere uma participante:

*o objectivo é que a pessoa se sinta empoderada, de forma a poder tomar decisões a todos os níveis (...) todos os serviços têm participantes, ou seja, fazem parte da organização, das áreas, dos programas, tomam decisões, dão contributos de melhoria, enfim, fazem parte dos órgãos decisivos (IC2)*

Um factor com relevo foi também a parceria “comunidade-universidade” que tem expressão nos processos de investigação e avaliação continuada dentro da organização (Ornelas, Aguiar, Sacchetto, & Jorge-Monteiro, 2012; Suarez-Balcazar, Harper, & Lewis, 2005) e que em termos da perspectiva ecológica comunitária a colaboração deve ser uma relação contínua e de longo prazo baseada nos pressupostos de *compromisso e reciprocidade* (Kelly, 2006; Trickett & Espino, 2004). Nas palavras de uma entrevistada:

*A acção, ela é baseada ... portanto resulta de uma investigação científica, de uma evidência científica, enfim de um Modelo mas também empírico, que é a experiência ao longo dos anos, ela não é desfasada ... ela integra-se nos valores, portanto não trabalhamos espontaneamente, há uma reflexão, uma análise que decorre de todos os anos de experiência mas de todos esses modelos ... (T1)*

Os resultados do estudo de Jorge-Monteiro, Henriques, and Ornelas (manuscrito em preparação) também estão em paralelo com estes dados encontrados pois profissionais da organização utilizada no estudo qualitativo apresentaram habilitações, conhecimentos e atitudes mais favoráveis á orientação de recovery do que os participantes no grupo comparativo. A criação de oportunidades de contactos interpessoais directos através da promoção da participação das pessoas com doença mental e dos profissionais nos contextos naturais da comunidade parecem ser portanto eficazes no empowerment e integração dos indivíduos de uma organização sejam eles utilizadores ou profissionais (Trickett, 2009a).

A nível de sistema, os temas transformativos também se destacaram em relação às intervenções directas fora da organização a *vários níveis do sistema e para além do sistema de saúde mental*. A presença e ligação com os ambientes regulares da comunidade potenciam o acesso das pessoas aos mesmos e a mudança social. Neste domínio foram encontrados

factores relacionados com as ligações e o impacto na utilização dos recursos externos, no desbravar de barreiras à integração comunitária com iniciativas de emprego, habitação e apoio ao estudo em ambientes regulares e das pessoas com doença mental no desenvolvimento de iniciativas de “advocacy” e ligação preocupação com as políticas de saúde mental ou sociais.

*É uma missão da Associação, por um lado promover a integração na comunidade, e por outro ter sempre este papel de mudança. (...) [exemplo] no sentido de provar que também para essas [pessoas com longos anos de institucionalização] há respostas mais adequadas na comunidade, mais pequenas portanto que as pessoas não precisam de ficar nos hospitais. [do mesmo modo] dar resposta às pessoas sem-abrigo [com doença mental] foi uma coisa completamente inovadora (...) havia muito esta ideia (...) [que] haviam pessoas que nunca iam aceitar passar para as casas, o que as pessoas não aceitavam era as respostas que estavam a ser proporcionadas, portanto é a inversão da forma como os problemas são formulados (IC1)*

As duas análises temáticas realizadas no âmbito da Tese (as quais foram conduzidas por diferentes conjuntos de “juízes” em parceria com relatora da investigação) sobre o conteúdo das entrevistas sustentam, de forma consistente, a presença dos temas dos contextos comunitários empoderadores ou da orientação para o recovery (Capítulo 1e Capítulo 4) na intervenção da organização estudada intencionalmente o que permitiu afirmar que os dados confirmaram a existência de características de funcionamento consistentes com o modelo EMP-COM. Estes resultados forneceram por isso, a sustentação suficiente para a análise comparativa da presente investigação (ver também o Anexo 5 para detalhes adicionais).

No que se refere ao objectivo geral de - adaptar e validar as medidas de resultados de empowerment e de recovery para a respectiva utilização em Língua Portuguesa, no contexto da saúde mental comunitária - os dados obtidos transversalmente junto de 213 participantes em cinco OSMC, permitiram obter medidas quantitativas para avaliação de resultados individuais de empowerment pessoal e de recovery (Jorge-Monteiro & Ornelas, 2014; Jorge-Monteiro & Ornelas, in press). Através de procedimentos sistematizados de validação e de análise da fiabilidade dos testes, *as versões portuguesas da “Empowerment Scale” e da “Recovery Assessment Scale” demonstraram boa adequação para serem utilizadas nos contextos portugueses de saúde mental* na comunidade e encontraram paralelo nos estudos revistos para fundamentar as referidas análises.

A análise realizada sobre as qualidades psicométricas dos referidos testes, assumem especial interesse no enquadramento teórico-político de incentivo ao desenvolvimento de intervenções orientadas para o recovery onde a existência de medidas de resultados individuais adequadas e sólidas são necessárias para monitorizar a eficácia dos serviços em termos dos novos resultados esperados do ponto de vista dos utilizadores com doença mental. A existência das medidas adaptadas para o contexto nacional mas também para os países de Língua Portuguesa, possibilitam agora comparar resultados com intervenções de outros países que desenvolvam serviços e investigações semelhantes. A ES e a RAS validadas são medidas de auto-preenchimento relativamente breves (25 e 24 itens respectivamente) o que resulta em maiores benefícios em termos de utilização na prática corrente dos serviços de saúde mental.

Apesar de estas medidas terem sido criadas a partir de investigações qualitativas, e até participativas no caso da ES, junto de pessoas com experiência de doença mental, a análise de validação levada a cabo com participantes de organizações de saúde mental na comunidade permitiu confrontar a robustez das medidas a novos contextos comunitários. Os resultados de cada uma das análises levantam também questões diversas e merecem ser discutidas em separado. No caso da validação transcultural da versão portuguesa da ES, o modelo teórico proposto pelo estudo original de Rogers, Chamberlin, Ellison, and Crean (1997) não atingiu inicialmente o valor dos índices de ajustamento recomendados na literatura e apresentou também alguns problemas de fiabilidade em três subescalas da medida. Contudo, os resultados foram idênticos e por vezes até superiores aos índices do estudo de validação original (Rogers, Ralph, & Salzer, 2010). Outras validações realizadas em países como o Japão, Holanda ou a Suécia, revelaram também alguns problemas de fiabilidade em subescalas, os quais têm determinado que a segurança na análise dos resultados seja recomendada apenas para o valor médio da ES total e das subescalas com boa confiança (Castelein, van der Gaag, Bruggeman, van Busschbach, & Wiersma, 2008; Chiba, Miyamoto, & Kawakami, 2010; Hansson & Björkman, 2005). Deste modo, procedemos em conformidade com estas nossas conclusões no que se refere às análises inferenciais seguintes na utilização desta medida de empowerment.

Estes resultados podem ser vistos de modos distintos. Pode ser assumida como uma fraqueza da própria medida a qual poderá ser alvo de melhoramentos, *ie.* o construto não abarcar todos os elementos presentes no processos de empowerment em questão, a redacção dos próprios itens ou a presença de itens que não se adequam ao contexto de aplicação (AERA, APA, & NCME, 2014; McDowell, 2006). Podemos pensar que os problemas de

fiabilidade se devem antes à falta de completa correspondência do construto ao contexto. Dada a origem da escala, para além das diferenças culturais sublinhadas no artigo e literatura, podemos adicionalmente colocar a hipótese interpretativa de que os contextos estudados não promovem todas as dimensões de empowerment abarcadas pelo constructo. Esta questão pode colocar-se com fundamento, por exemplo na dimensão “Righteous Anger” (Direito à Indignação) ou na dimensão “Power/Powerlessness” (Relações de Poder), dado que a ES foi criada no contexto do movimento de ajuda mútua e “advocacy” na saúde mental onde as experiências relacionadas com a consciência crítica, direitos e participação cívica são muito presentes. Refira-se que uma análise usando a ES para a sub-amostra do “grupo-intervenção” da presente investigação (Fernandes, L.S., dissertação de mestrado, Julho de 2015), verificou melhores valores de fiabilidade para a maioria das subescalas do que no caso da amostra total no estudo de validação, à exceção da dimensão Direito à Indignação, a qual reiterou o valor baixo no coeficiente de consistência interna. Tendo em conta que o valor médio no total da escala de ES se situou num ponto intermédio, com possibilidade de aumento do sentido de empowerment percebido pelos participantes, que os contextos envolvidos na investigação não têm proporcionado a escala de experiências e oportunidades relacionadas com os referidos factores.

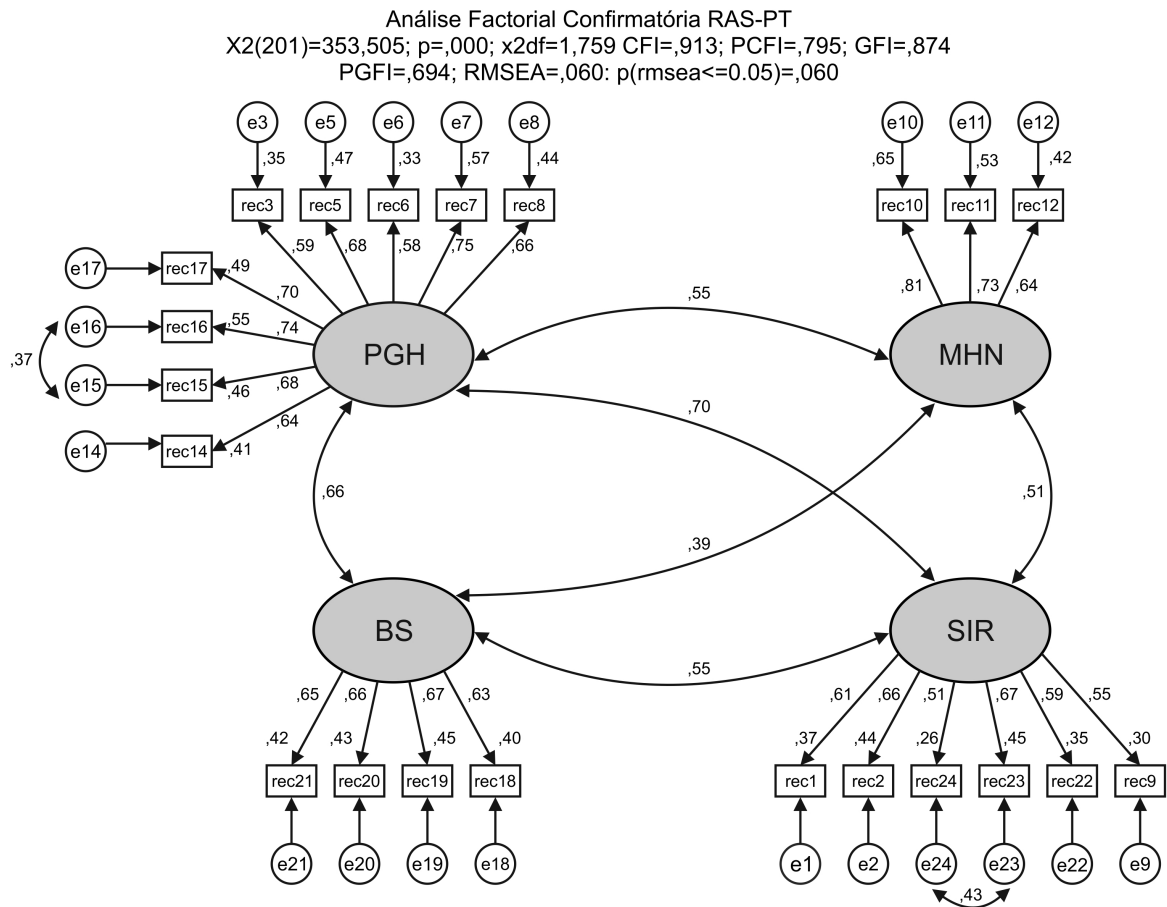
Contudo, para afirmar esta proposição com maior segurança, é necessário acumular mais evidência empírica globalmente com a utilização da ES a qual possa ser analisada através de revisão sistemática sobre as propriedades da escala junto de participantes dos sistemas de serviços de saúde mental nos diferentes países e nos diferentes contextos de utilização, comparando resultados para diferentes grupos. Como também foi referido por Jorge-Monteiro and Ornelas (2014) quando observados qualitativamente, alguns itens problemáticos na análise parecem ser bastante conformes ao modelo e à teoria de empowerment pelo que os autores sugeriram a futura avaliação cognitiva dos itens de modo participativo e novas avaliações com outras amostras para verificação da estabilidade da medida (Willis, DeMaio, & Harris-Kojetin, 1999). Tendo em consideração que o conceito de empowerment é um conceito determinado ou sensível ao contexto, um aspecto interessante para a ES, seria obter-se também os valores normativos, ou seja, os resultados de empowerment obtidos com uma amostra populacional sem experiência de doença mental, para que dessa forma, possamos avaliar até que ponto os resultados obtidos para um dado grupo de pessoas que recebe um determinado serviço de saúde mental, se afasta ou não dos valores de referência para a população geral.

No respeitante à adaptação e validação da RAS-P, a medida adaptada revelou bom ajustamento do construto e excelente fiabilidade tal como as quatro subescalas, em paralelo com os resultados obtidos pelo estudo original (Corrigan, Salzer, Ralph, Sangster, & Keck, 2004) e também pelas outras utilizações dos estudos revistos no Capítulo 3. Esta observação faz pressupor que a medida abarca adequadamente o construto do recovery tal como ele é percebido pelos participantes nas investigações realizadas e que as dimensões encontradas têm consistência interna adequada. Aliás, a RAS é uma medida de recovery individual com vasta evidência de robustez em termos de validade de construto (Cavelti, Kvrjic, Beck, Kossowsky, & Vauth, 2012; Salzer & Brusilovskiy, 2014; Shanks et al., 2013).

Para os bons resultados alcançados no nosso estudo importa destacar aqui o rigor do procedimento participativo em quatro etapas implementadas no processo de tradução e adaptação do teste para a Língua Portuguesa (Jorge-Monteiro & Ornelas, in press). O processo descrito nos procedimentos do Capítulo 3 envolveu uma equipa constituída para o efeito de oito membros (quatro pessoas com experiência de doença mental, um profissional de saúde mental e três investigadoras da equipa de parceria de investigação alargada. Este facto assegurou a adequação do conteúdo do teste aos contextos de estudo e, dessa forma, forneceu um importante enquadramento metodológico que contribuiu para decidir com confiança as opções relativas à solução para o novo modelo proposto para a RAS-P. Pensamos, por isso, que o nosso procedimento é uma mais-valia e um procedimento que pode ser seguido em futuras adaptações de medidas de constructos padronizadas.

Apesar de amplamente utilizada, para além de uma tradução para japonês e uma utilização em hebraico, a nossa tradução da RAS para português é a primeira validação conhecida no âmbito europeu excluindo-se o contexto anglo-saxónico. Esse facto, sendo um valor da investigação, também limita a comparação dos resultados obtidos para além dos estudos com a versão inglesa. A análise de validação da versão portuguesa da RAS junto dos utilizadores comunitários de saúde mental suscitou questões interessantes para discussão.

Figura 5 – Modelo ajustado da RAS-P com quatro factores



A literatura revista por Jorge-Monteiro and Ornelas (in press), tem identificado alguns problemas de redundância de itens, nomeadamente da subescala “Managing Help Needs” (Gerir as Necessidades de Ajuda) e problemas de pouca distinção entre os itens originalmente compõem as subescalas “Personal Confidence and Hope” e “Goal and Success Orientation” propostas por (Corrigan et al., 2004) aparecendo os itens por vezes relacionados com uma ou com outra categoria no seguimento das análises de componentes principais conduzidas pelos estudos. No nossa análise, e tendo por base o nosso conhecimento no momento presente, com a excepção do estudo de Roe, Mashiach-Eizenberg, and Corrigan (2012) com uma versão de 12 itens, o nosso estudo de validação da RAS-P apresenta uma solução válida para a RAS, apresentando um modelo de quatro factores sem perder os 24 itens agrupando grande parte do itens das duas subescalas originais, referidas anteriormente como problemáticas, numa só “Personal Goals and Hope” (Objectivos Pessoais e Esperança) e os itens com fraca fiabilidade local na subescala da “Personal Confidence and Hope” no estudo original aparecendo

associados à nossa subescala Para Além dos Sintomas, solução que foi considerada adequada perante a sustentação teórica, tal como foi reportado no Capítulo 3. Importa clarificar aqui, que para as análises subsequentes da análise comparativa na presente investigação, como foi proposto no estudo de validação, foi usado o modelo final ajustado a 22 itens (ver Figura 5).

Esta solução retratada acima, do modelo teórico foi a que melhor se ajustou aos dados em presença e parece oferecer uma solução adequada para a estrutura factorial da RAS, no entanto tal como referiram os autores do artigo, este resultado deve ser visto como preliminar dada a necessidade de confirmação com mais investigação junto de novos grupos de participantes (Jorge-Monteiro & Ornelas, in press). Ainda assim, tendo em consideração que o construto de recovery na doença mental tem sido continuamente debatido e revisto, como ficou conhecido na revisão de literatura realizada, é previsível que as medidas de avaliação do recovery pessoal actuais sejam ainda alvo de melhoramentos e refinamento ao afastarem-se progressivamente do conceito clínico do recovery e incorporarem atributos manifestos congruentes com a noção relacional e cívica do recovery (Pelletier et al., 2015).

Finalmente, em relação ao objectivo geral de - avaliar o impacto do modelo EMP-COM: a) nos resultados individuais de empowerment, recovery e integração comunitária dos participantes e b) na implementação e envolvimento de participantes em programas com elevada orientação para o recovery, tais como a habitação independente e o emprego apoiado - as análises descritas no Capítulo 4 permitiram concluir que *a intervenção EMP-COM teve um efeito transformativo na vida das pessoas com experiência de doença mental* (Jorge-Monteiro & Ornelas, under review).

*tudo o que fazemos aqui, como disse, tem esse objectivo de ligar as pessoas ao exterior (...) colocar as pessoas na sociedade, a fazerem e a utilizarem os serviços normais, naturais que a sociedade dispõe para qualquer cidadão (T2)*

*procuramos desbloquear são os problemas que possam existir na comunidade e criar os suportes que são necessários para facilitar esse processo de integração com êxito, portanto pegamos numa visão de recovery, numa estratégia de trabalho com as pessoas, de empowerment e colaborativa e o modelo ecológico mais abrangente (IC1)*

A abordagem EMP-COM, ao valorizar intervenções em harmonia com os contextos naturais da comunidade em detrimento de contextos separados dentro do sistema de saúde mental, revelou maior capacidade de mobilizar participantes em actividades com elevada

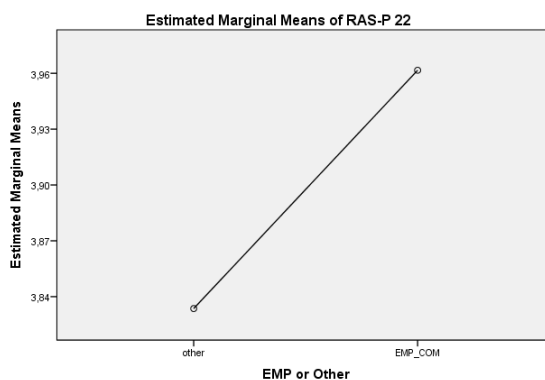
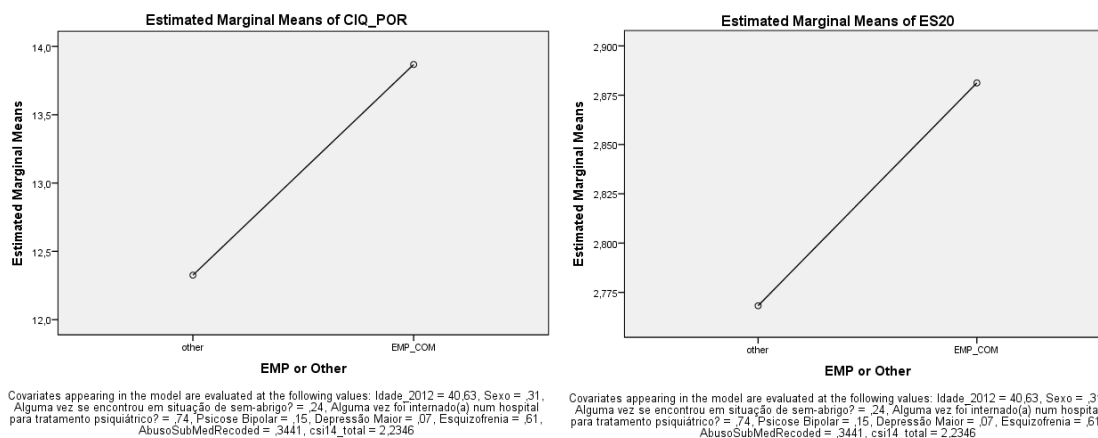
orientação para o recovery, tais como em programas de emprego apoiado e de habitação independente apoiada, o que foi verificado pelas diferenças significativas encontradas em relação ao grupo comparativo. Este resultado encontra sustentação teórica nas renovadas perspectivas de recovery pessoal que elegem os processos de empowerment, participação na comunidade e cidadania (Davidson et al., 2009; Fisher, 1994; Nelson et al., 2014a; Pelletier et al., 2009; Salzer & Baron, 2014; Ware, Hopper, Tugenberg, Dickey, & Fisher, 2008). Como exemplo:

*o empowerment ... portanto, a possibilidade das pessoas identificarem os recursos para poderem ser elas próprias a assumir as suas responsabilidades e as suas liberdades e a procurar os recursos que mais lhes faz falta (T1)*

A análise comparativa principal para os efeitos do modelo EMP-COM sobre os resultados individuais de empowerment, recovery e integração comunitária, e tendo por base a discussão de resultados do Jorge-Monteiro and Ornelas (under review), concluímos que se confirmaram notoriamente as proposições teóricas em relação às dimensões de empowerment e ao resultado de integração comunitária dos participantes e apenas em relação à identificação de objectivos pessoais e esperança para o caso do processo de recovery pessoal (ver Figuras 6, 7 e 8). Desta forma, concluímos que a organização em causa se enquadra no referencial transformativo apresentado por Nelson, Kloos, and Ornelas (2014b) por gerar mudanças significativas nas condições sociais e na integração comunitária (indicadores objectivos) e do sentido de empowerment individual e recovery pessoal (indicadores subjectivos) das pessoas com experiência da doença mental (Ornelas et al., 2014).

Como foi sublinhado na discussão do Capítulo 4, apesar das médias do recovery total serem igualmente superiores para os participantes no modelo EMP-COM, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas para o recovery total. Concluímos, portanto, que no que se refere ao sentido de recovery, a intervenção de ambos modelos de suporte comunitário têm eficácia em proporcionar experiências *para além da doença mental* junto dos respectivos utilizadores, tal como foi medido pela RAS-P. Contudo, assinalamos a diferença encontrada na dimensão Objectivos Pessoais e Esperança, considerada uma dimensão fulcral do recovery reportada na literatura recente sobre os desenvolvimentos conceptuais do conceito.

Figuras 6, 7e 8 – Diferenças nas médias de integração comunitária, de empowerment e de recovery por modelo de intervenção



Covariates appearing in the model are evaluated at the following values: Idade\_2012 = 40.63, Sexo = .31, Alguma vez se encontrou em situação de semi-abrigo? = .24, Alguma vez foi internado(a) num hospital para tratamento psiquiátrico? = .74, Psicose Bipolar = .15, Depressão Maior = .07, Esquizofrenia = .61, AbusoSubMedRecorded = .3441, csi14\_total = 2.2346

No seu conjunto, os resultados estão em paralelo com os estudos revistos sobre o empowerment individual de participantes em programas do movimento de “advocacy“ e de ajuda mútua ou da utilização combinada entre estes e os serviços profissionais de saúde mental (Corrigan, 2006; Resnick & Rosenheck, 2008; Rogers et al., 2007; Segal, Silverman, & Temkin, 2010). Uma entrevistada considera que:

*O CEAM, que é o Centro de Empowerment e Ajuda-Mútua [programa gerido pelos utilizadores desde 2003-2004], é um grupo de líderes da organização, que faz aqui um trabalho muito interessante tanto dentro como fora, para além de dinamizarem o grupo de ajuda mútua, fazem também um debate temático todas as semanas [assuntos de recovery]. (...) é um grupo que tem provocado muita mudança lá fora, não só em termos de políticas públicas... na reestruturação dos*

*serviços de saúde mental puderam ter esse papel activo e voz activa. E continuam a dar testemunho em faculdades, serem convidados para conferências ... (T2)*

Os dados quantitativos e qualitativos fazem pressupor que o “grupo-intervenção”, em acordo com as perspectivas de empowerment como as de Cattaneo and Chapman (2010) ou de (Maton & Brodsky, 2011), por exemplo, tem sido eficiente no suporte em termos da criação de condições favoráveis à alteração do poder relacional por parte dos seus utilizadores e no suporte ao acesso e participação nos ambientes comunitários, tal como foram avaliados pelas medidas de empowerment usadas. As oportunidades para participar em contextos da comunidade são essenciais para alcançar efeitos mais perenes e expressivos (como são os resultados da habitação independente com apoio tal como verificámos pela revisão bibliográfica do Capítulo 4). Os profissionais têm de estar, portanto, preparados para novos desafios para trabalhar em parceria fora do sistema de saúde mental: empresas, instituições escolares, serviços locais, entre outros (Lloyd, Tse, & Deane, 2006; O'Connell, Tondora, Croog, Evans, & Davidson, 2005).

Relativamente à avaliação da integração comunitária importa fazer referência à medida utilizada na presente investigação, a “Community Integration Questionnaire (CIQ)” (Questionário sobre Integração Comunitária) de Willer, Rosenthal, Kreutzer, Gordon, and Rempel (1993) originalmente aferida para avaliar os processos de integração das pessoas que sofreram traumatismo craniano, as quais enfrentam igualmente desafios de integração e participação na comunidade. Os estudos da CIQ sugerem apenas o uso do *score* total devido aos frequentes problemas de fiabilidade das subescalas social e produtividade por as amostras terem baixa representatividade nestes domínios, precisamente. Deste modo, levantam-se aqui questões análogas às que foram expostas atrás para a ES, sobre a aferição futura com subgrupos representativos em número, para as pessoas empregadas ou a viverem de forma integrada na comunidade, bem como sobre o significado dos valores encontrados e necessidade de desenvolvimento de serviços que promovam a integração comunitária.

Tratando-se de uma primeira utilização do questionário junto da população com experiência de doença mental, os autores desta investigação não tiveram a possibilidade de comparar os resultados individuais com outros que já tivessem utilizado a medida de avaliação nesta população. No entanto, os resultados obtidos encontram-se em conformidade com os estudos revistos sobre integração comunitária das pessoas com doença mental (Aubry, Flynn, Virley, & Neri, 2013; Aubry & Myner, 1996; Byrne et al., 2013; Yanos, Stefancic, & Tsemberis, 2012) que referem frequentemente níveis de integração mais baixos do que a

população em geral pois, os nossos valores médios analisados no conjunto ou para cada um dos grupos em comparação estão muito longe do valor máximo da medida e até abaixo do ponto intermédio (ver Tabela 2 do Capítulo 4). Este resultado sublinha e confirma a necessidade de repensar a implementação de serviços na comunidade que levem mudanças transformativas nas condições de vida das pessoas com doença mental. Por outro lado, a novidade de utilização da CIQ, tem aspectos importantes já que esta é uma medida objectiva relacionada com os esforços para a redução do “handicap” (desvantagem) de um dado indivíduo, o qual é definido como sendo o efeito de uma incapacidade física ou mental face ao ambiente em que se está, limitando o exercício de papéis normativos para a idade adulta (Willer et al., 1993, p. 76), sendo portanto as medidas de integração da CIQ (os seus itens) pensados como o inverso da desvantagem, o desempenho efectivo de papéis nos ambientes comunitários habitacionais, sociais e produtivos.

Sendo que a relação entre a integração comunitária e a habitação apoiada dispõe de evidência científica que permite afirmar que os nossos dados estão em paralelo com os resultados na literatura (Aubry & Myner, 1996; Gulcur, Tsemberis, Stefancic, & Greenwood, 2007; Nelson, Sylvestre, Aubry, George, & Trainor, 2007; Tsemberis & Henwood, 2013), a investigação publicada que relaciona o emprego com as dimensões da integração comunitária não tem ainda uma expressão visível (sobre as interacções sociais, o sentimento de pertença, entre outras). Do mesmo modo, a associação destes factores (emprego apoiado e habitação) com as dimensões subjectivas de empowerment e recovery avaliadas por medidas padronizadas para os referidos constructos, são também ainda raras ou resultados secundários dos estudos revistos, como referido no artigo de Jorge-Monteiro and Ornelas (under review). Existe no entanto vasta literatura (qualitativa e quantitativa) que refere a importância do emprego e da habitação para a integração, empowerment e recovery que utilizaram outro tipo de medidas aproximadas, consideradas como orientadas para o recovery ou o empowerment (eg. bem-estar, estima e eficácia, entre outras), ou também próximas do constructo da integração comunitária ou da cidadania (eg. funcionamento social) que tem dado indicação da existência dessas associações e onde os resultados da presente investigação encontram paralelo. Podemos observar na Tabela 5 a descrição de alguns estudos que identificam processos de integração comunitária enquanto factores de empowerment ou recovery recorrendo à utilização da RAS e da ES como medidas de resultados individuais.

Tabela 5 Associação do recovery ou empowerment com indicadores de integração comunitária em estudos que usaram a RAS e a ES

<b>Estudo</b>	<b>N</b>	<b>Escala</b>	<b>Variáveis</b>	<b>+/-</b>
<b>Recovery vs Integração</b>				
Corrigan et al., 1999	35	RAS41	Funcionamento Social	+
Corrigan and Phelan, 2004	176	RAS41	Funcionamento social	+
Townley et al., 2009	40	RAS20	Integração Social	+
Lloyd et al., 2007	44	RAS24	Participação	+
Lloyd et al., 2010	161	RAS24	Inclusão social; remuneração	+
Connell et al., 2011	234	RAS41	Emprego	
Conrad-Garrisi, 2011	143	RAS41	Inclusão comunitária	+
Townley et al., 2013	300	RAS24	Suporte social e Int. Comunitária	+
Castellow, et al., 2015	424	RAS20	Experiência anterior de sem-abrigo	-
<b>Empowerment vs Integração</b>				
Rogers et al., 1997	271	ES28	Rendimento mensal, número de actividades comunitárias	+
Corrigan et al., 1999	35	ES28	Funcionamento Social	+
Wowra and McCarter, 1999	283	ES28	Emprego a tempo-inteiro; educação	+
Hansson and Bjorkman, 2005	92	ES28	Trabalho, rede social, funcionamento	+
Hutchinson et al., 2006	66	ES28	Emprego	+
Resnick and Rosenheck, 2008	78/218	ES28	Funcionamento social	+
Rogers et al., 2010	1,827	ES28	Recovery, inclusão social	+
Lloyd et al., 2010	161	ES28	Inclusão social; remuneração	+
Bejerholm and Bjorkman, 2011	120	ES28	Trabalho, vida comunitária	+
Eklund and Sandlund, 2014	108	ES28	Trabalho, ocupação	+

A nossa ilustração não pretendeu ser exaustiva, pretendeu apenas sustentar os nossos dados com evidência empírica anterior, no entanto, para investigação futura, deverá ser dada atenção ao aprofundamento da interacção entre estas variáveis, por exemplo, através de revisão sistemática dos estudos que usaram estes instrumentos bem como outros semelhantes ou relacionados com os constructos.

As análises complementares, sobre o efeito da participação em programas de emprego apoiado ou de habitação independente com apoio revelaram também melhores resultados individuais de empowerment pessoal, recovery e integração comunitária para os participantes envolvidos do que nos participantes não envolvidos nesse tipo de programas mas são necessários estudos especificamente desenhados para comprovar esta relação, utilizando amplamente as recentes medidas de recovery ou empowerment pessoal. Idêntica necessidade se verifica para a avaliação da relação entre o emprego e as várias dimensões da integração comunitária. Estes resultados encontraram suporte nos estudos que demonstram a relação entre o emprego, nomeadamente, o rendimento do trabalho com os resultados de empowerment e de recovery e entre a habitação apoiada e a integração comunitária e o recovery. A revisão de literatura considera os programas de emprego apoiado com comprovada eficácia em termos de obtenção de emprego regular no meio competitivo de trabalho; resposta às escolhas individuais; na prestação de suporte móvel (Bond & Drake, 2014). Sobre o programa de emprego no grupo EMP-COM:

*O programa de emprego apoiado promove esse treino, que a pessoa adquira ou desenvolva certas competências utilizando os recursos naturais das empresas, empresas em mercado aberto, ... não são empresas especiais ou só para pessoas em situação de desvantagem, são empresas que acolhem uma pessoa com experiência de doença mental que vai usufruir de todo o funcionamento natural dessa empresa e é isso que promove, a nosso ver, o processo de recovery, é isso que vai contribuir para que a pessoa se sinta fortalecida e que possa ter uma vida plena e normal na comunidade (IC2)*

Igualmente, a habitação apoiada tem demonstrado eficácia em termos de manutenção habitacional integrada nos contextos comunitários (Nelson, 2010; Rog et al., 2014). São consideradas por isso, *práticas com base em evidência* e também indicadores objectivos de integração comunitária. Adicionalmente, são frequentemente referidas nas preferências de

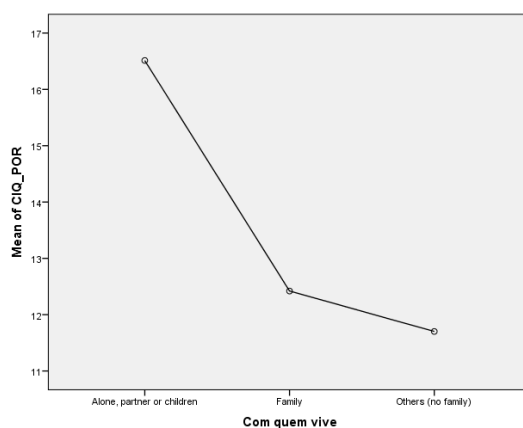
escolhas das pessoas com experiência de doença mental para o contexto habitacional (O'Connell, Rosenheck, Kaspro, & Frisman, 2006). Sobre a esperança na voz das pessoas com doença mental:

*É integrar as pessoas com experiência de doença mental na sociedade para não viverem institucionalizadas em hospitais ... é dar esperança às pessoas com doença mental de que podem atingir o recovery e podem ter os mesmos direitos que as pessoas ditas normais (U3)*

Esta posição foi corroborada na presente análise conduzida para os participantes por subgrupo do status habitacional. No que se refere à integração comunitária, confirmou melhores resultados para o grupo de participantes a viver sozinho, com parceiro ou filhos (ou seja, de forma independente) do que os grupos de participantes a residirem com familiares ou a viverem em residências de grupo (ver Figura 9). Aliás, surpreendentemente, este último subgrupo apresentou mesmo os resultados individuais mais baixos de integração comunitária. Verificámos de forma consistente através das várias análises que os participantes em residências de grupo apresentaram associações negativas com a integração comunitária ao contrário dos participantes a viver noutros ambientes habitacionais e não se destacam em termos de recovery e de empowerment pessoal, pelo que este resultado remete para implicações fundamentais em termos de prioridades e oportunidade de desenvolver programas de suporte habitacional diferenciado e individualizado. Este resultado, é bastante interessante no contexto da investigação realizada já que os participantes que vivem com familiares são o maior grupo na análise, facto que corresponde também à realidade vivida pelas pessoas com doença mental no nosso país e para além.

No entanto, segundo Chen (2010) poucos estudos têm sido realizados com este grupo da população em termos de integração comunitária e sobre os processos de transição para uma vida adulta independente. Estudos futuros sobre este tópico são relevantes para a prática e para fundamentar as decisões de política pública em saúde mental.

Figura 9 – Diferenças nas médias de integração comunitária por situação habitacional



Este nosso resultado para o status habitacional, juntamente com os resultados do envolvimento nos programas de habitação apoiada comparados com os resultados obtidos para o envolvimento em programas residenciais de grupo em termos de recovery, empowerment e integração comunitária dos indivíduos, reveste-se de significado para a prática e para o planeamento de programas e serviços comunitários de saúde mental. Investigação recente também sugere o desenvolvimento de intervenções directas nos recursos comunitários para consolidação das redes de suporte natural contrariando a predominância das redes sociais compostas por membros dos ambientes clínicos da saúde mental (Townley, Miller, & Kloos, 2013; Wong, Matejkowski, & Lee, 2011).

Implicações equivalentes podem ser consideradas ao comparar os resultados obtidos para o envolvimento em programas de emprego apoiado e os programas ocupacionais característicos dos ambientes de reabilitação psicossocial ou vocacional (não sendo intervenções dentro do mesmo espectro de actividade são, fazemos aqui este paralelismo pois, na prática, são muitas vezes colocados em alternativa como resposta para as necessidades em termos de ocupação laboral das pessoas com doença mental em resultado de avaliações funcionais ou sintomatologia da doença mental), nomeadamente em termos de integração comunitária. Os participantes que reportaram envolvimento em actividades ocupacionais apresentaram menos integração comunitária do que os não participantes.

A investigação no contexto europeu junto de participantes de centros de dia, sugere também a promoção de programas relacionados com o emprego competitivo e a educação para irem de encontro aos interesses dos seus utilizadores (Eklund & Sandlund, 2012, 2014). Estes autores referiram que este tipo de serviços, atraem pessoas com baixas habilitações literárias o que talvez se deva ao facto de as suas actividades serem pouco motivadoras para

potenciais utilizadores. Efectivamente, no nosso estudo, em termos de características biográficas, existem diferenças significativas do *status* de emprego e do nível de estudos alcançado favoráveis ao modelo EMP-COM, o que se pode dever à própria intervenção ou à oportunidade de acesso a ambientes regulares escolares e de emprego mas é uma observação que poderá ser aprofundada futuramente (ver Tabela 1 do Capítulo 4). Do mesmo modo, análises mais detalhadas no que se refere à associação do *status* de estudante com a integração comunitária, empowerment ou recovery pessoal, não foram levadas a cabo precisamente devido ao pequeno número de participantes envolvidos em projectos educativos ou efectivamente empregados na amostra global dos participantes. Sendo que a educação apoiada para as pessoas com doença mental é apontada como uma necessidade para melhorar o acesso a melhores empregos (Waghorn & Lloyd, 2010), os suportes comunitários de saúde mental devem também dar especial atenção ao desenvolvimento destes programas de educação apoiada dado o seu potencial enquanto factor de integração comunitária e, de recovery na doença mental. Lloyd et al. (2006), entre outros autores advogam que os programas de reabilitação psicossocial, deveriam orientar os respectivos programas para a integração social efectiva ajustando-se às escolhas e interesses dos utilizadores (empregos, educação, habitação, desenvolvimento das redes sociais naturais, ...), ligando as pessoas às situações de vida real e não actuar em situações simuladas de base institucional, as quais têm produzido resultados de curta duração. Rematamos a discussão com a visão da organização:

*Nós também surgimos para fazer a mudança e procuramos estar sempre com os programas mais inovadores, aprender com outros colegas de outros países, de outras universidades, o que se está a fazer e o que nós podemos sempre melhorar... essa também é a nossa missão, não ficar sossegadinhos já com aquilo que temos e apenas manter, temos esta missão da inovação (IC1)*

Resumimos então as potencialidades mais notórias da Tese. Mediante o nosso conhecimento, a presente investigação tem um carácter inovador ao estudar os efeitos de uma intervenção baseada no empowerment organizacional e comunitário a operar nos recursos naturais da comunidade nos resultados individuais de empowerment, recovery e integração comunitária promovidos por serviços profissionais de saúde mental (centros comunitários/centros de dia), facto que é inovador perante a revisão de literatura; e apresenta importantes contributos teóricos e empíricos para a prática da saúde mental na comunidade. Em termos específicos podemos sistematizá-los da seguinte forma: 1- através da adaptação da grelha conceptual dos contextos comunitários empoderadores enquanto recurso para a

mudança transformativa dos serviços de saúde mental comunitária; 2 - o desenho comparativo permitiu demonstrar que a adopção de uma abordagem ao recovery com base no empowerment e centrada na comunidade como modelo de intervenção têm efeitos significativos directos nos resultados de estima e eficácia, activismo e autonomia no que se refere ao empoderamento pessoal, na identificação de objectivos e esperança no futuro no que se refere à percepção de recovery pessoal e; na integração comunitária objectiva dos utilizadores do serviço; 3 – o modelo de EMP-COM revelou maior capacidade de alteração das condições sociais das pessoas com doença mental revelado pelo envolvimento de participantes em emprego e habitação; 4 - as análises comparativas complementares permitiram explorar efeitos positivos significativos dos programas de emprego e habitação individualizados nos resultados individuais dos participantes; 4 – os programas comunitários necessitam de aumentar a eficácia na promoção de empowerment dos utilizadores em relação à dimensão sócio-política; 5 – os programas necessitam de aumentar a eficácia na integração comunitária através de programas de suporte para o emprego e para acesso a habitação integrada na comunidade; 6 - a investigação realizada permitiu também adaptar medidas de avaliação congruentes com os novos objectivos transformativos com comprovada validade e utilidade para a investigação e intervenção na saúde mental.

No entanto, na investigação geral enfrentou limitações metodológicas que têm relevância na interpretação dos dados e que devem ser enunciados. A limitação geral mais significativa decorre do facto da nossa amostra ter sido constituída por conveniência, o que coloca normalmente constrangimentos para a completa interpretação causal dos efeitos dos programas, contudo esta limitação foi adequadamente acautelada através dos procedimentos estatísticos para equilibrar os grupos de participantes comparados, em termos das características da amostra. Outra limitação geral, refere-se impossibilidade de conduzir um estudo confirmatório adicional para o modelo teórico de quatro factores da RAS-P junto de um grupo de participantes distinto dos participantes envolvidos nesta investigação, pelo que remetemos esta possibilidade para análises futuras.

Perante as conclusões explanadas aprofundadamente e as limitações identificadas, a reflexão final refere-se à enumeração de um conjunto de sugestões futuras para a investigação e para a intervenção. Em primeiro lugar, este estudo junto de um conjunto significativo de utilizadores de serviços de cinco organizações comunitárias de saúde mental, apesar de pretender estudar intencionalmente uma delas, destaca o importante papel que este tipo de organizações tem desempenhado no suporte comunitário às pessoas com doença mental no

nosso país pelo que poderá ser continuado e expandido com análises de casos múltiplos. Em segundo lugar, em termos de investigação futura consideramos relevante comparar um grupo alargado de participantes nestes serviços comunitários com participantes envolvidos noutros tipos de respostas não comunitárias ou com participantes que não estejam a receber qualquer tipo de suporte de modo a avaliar a eficácia das OSMC no apoio às pessoas com doença mental. Consideramos também que estudos futuros analisem longitudinalmente os factores associados aos processos de empowerment, recovery e integração comunitária bem como a relação de associação entre estas variáveis. Os nossos resultados sugerem também o interesse de conhecer a relação do emprego e da habitação independente com apoio nos resultados individuais de integração comunitária através de análises desenhadas propositadamente para este objectivo (grupos comparáveis, dimensão dos grupos).

Em termos de considerações para a intervenção, os resultados de investigação permitem reflectir acerca das mudanças necessárias ao nível do funcionamento dos programas ou até do sistema de saúde mental. As análises qualitativas sobre a orientação de recovery nas OSMC, revelaram que a maioria das organizações opera de acordo com uma abordagem convencional próxima do modelo médico ou de reabilitação e afastado do modelo EMP-COM, normalmente assentes em intervenções grupais ou ocupacionais e intervenções vocacionais em ambientes alternativos. Consideramos que existe um potencial de necessidade de assistência técnica na passagem de abordagens centradas na instituição para abordagens centradas na comunidade. Perante o número reduzido de participantes envolvidos em programas de emprego competitivo ou empregados e de pessoas a viver de forma independente e perante os baixos valores de integração comunitária em ambos os grupos, apesar de os resultados serem significativamente favoráveis ao modelo EMP-COM, os dados desta investigação sublinham a necessidade de as OSMC concentrarem os seus esforços e objectivos programáticos na criação e desenvolvimento de serviços de suporte que facilitem o acesso e a obtenção de emprego e habitação integrada em condições acessíveis. Consideramos que os referidos programas de apoio têm melhores efeitos de integração comunitária, empowerment ou recovery na doença mental e são eficazes em alterar as condições de participação social das pessoas com doença mental.

Finalizando, a organização com o modelo EMP-COM demonstrou portanto efeitos concretos relacionados com o postulado transformativo de Nelson et al. (2014b) tal como foram resumidos na Tabela 2 da Introdução Geral. A investigação revelou concretamente, indicadores da mudança ao nível dos indicadores para os níveis dos serviços e práticas, da

comunidade, das condições sociais oferecidas às pessoas com doença mental e das políticas da saúde mental. De forma idêntica o estudo revelou a presença de estratégias de mudança transformativa para os mesmos níveis de análise bem. Quanto aos resultados da mudança, o estudo foi claramente demonstrativo para o nível individual e organizacional. Os outros níveis, da grelha da mudança transformativa implicam investigação futura apropriada. Desta forma, consideramos que a investigação realizada no âmbito desta Tese alcançou resultados de interesse teórico e prático para a mudança transformativa na saúde mental comunitária, a qual encontra paralelo com a proposição da psicologia comunitária apresentada por Miller & Shinn (2005) que referem que a identificação de programas comunitários bem sucedidos (*evidências com base nas práticas*) e a disseminação dos seus valores chave, das intervenções e dos resultados, contribui consideravelmente para “*práticas baseadas nas evidências*”, e para políticas públicas mais eficazes.

#### Referências

- AERA, APA, & NCME. (2014). *Standards for Educational and Psychological Testing*. Washington, DC: American Educational Research Association.
- Aubry, T., Flynn, R. J., Virley, B., & Neri, J. (2013). Social role valorization in community mental health housing: Does it contribute to the community integration and life satisfaction of people with psychiatric disabilities? *Journal of Community Psychology*, *41*(2), 218-235. doi: 10.1002/jcop.21524
- Aubry, T., & Myner, J. (1996). Community integration and quality of life: A comparison of persons with psychiatric disabilities in housing programs and community residents who are neighbours. *Canadian Journal of Community Mental Health*, *15*(1), 5-20.
- Bond, G. R., & Drake, R. E. (2014). Making the case for IPS supported employment. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, *41*(1), 69-73. doi: 10.1007/s10488-012-0444-6
- Byrne, T., Bettger, J. P., Brusilovskiy, E., Wong, Y.-L. I., Metraux, S., & Salzer, M. S. (2013). Comparing neighborhoods of adults with serious mental illness and of the general population: Research implications. *Psychiatric Services*, *64*(8), 782-788.
- Castelein, S., van der Gaag, M., Bruggeman, R., van Busschbach, J. T., & Wiersma, D. (2008). Measuring empowerment among people with psychotic disorders: A comparison of three instruments. *Psychiatric Services*, *59*(11), 1338-1342. doi: 10.1176/appi.ps.59.11.1338

- Cattaneo, L. B., & Chapman, A. R. (2010). The process of empowerment: A model for use in research and practice. *American Psychologist, 65*(7), 646-659.
- Cavelti, M., Kvrjic, S., Beck, E. M., Kossowsky, J., & Vauth, R. (2012). Assessing recovery from schizophrenia as an individual process. A review of self-report instruments. *European Psychiatry, 27*(1), 19-32.
- Chen, F.-p. (2010). Assisting adults with severe mental illness in transitioning from parental homes to independent living. *Community Mental Health Journal, 46*(4), 372-380. doi: 10.1007/s10597-009-9263-y
- Chiba, R., Miyamoto, Y., & Kawakami, N. (2010). Reliability and validity of the Japanese version of the Recovery Assessment Scale (RAS) for people with chronic mental illness: Scale development. *International Journal of Nursing Studies, 47*(3), 314-322. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2009.07.006
- Corrigan, P. W. (2006). Impact of consumer-operated services on empowerment and recovery of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Services, 57*(10), 1493-1496. doi: 10.1176/appi.ps.57.10.1493
- Corrigan, P. W., Salzer, M. S., Ralph, R. O., Sangster, Y., & Keck, L. (2004). Examining the Factor Structure of the Recovery Assessment Scale. *Schizophrenia Bulletin, 30*(4), 1035-1041.
- Davidson, L., O'Connell, M., Tondora, J., Styron, T., & Kangas, K. (2006). The Top Ten Concerns About Recovery Encountered in Mental Health System Transformation. *Psychiatric Services, 57*(5), 640-645. doi: 10.1176/appi.ps.57.5.640
- Davidson, L., Ridgway, P., Wieland, M., & O'Connell, M. (2009). A capabilities approach to mental health transformation: A conceptual framework for the recovery era. *Canadian Journal of Community Mental Health, 28*(2), 35-46.
- Eklund, M., & Sandlund, M. (2012). The life situation of people with persistent mental illness visiting day centers: A comparative study. *Community Mental Health Journal, 48*(5), 592-597. doi: 10.1007/s10597-011-9410-0
- Eklund, M., & Sandlund, M. (2014). Predictors of valued everyday occupations, empowerment and satisfaction in day centres: Implications for services for persons with psychiatric disabilities. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 28*(3), 582-590. doi: 10.1111/scs.12085
- Fisher, D. B. (1994). Health care reform based on an empowerment model of recovery by people with psychiatric disabilities. *Hospital & Community Psychiatry, 45*(9), 913-915.

- Gulcur, L., Tsemberis, S., Stefancic, A., & Greenwood, R. M. (2007). Community integration of adults with psychiatric disabilities and histories of homelessness. *Community Mental Health Journal, 43*(3), 211-228. doi: 10.1007/s10597-006-9073-4
- Hansson, L., & Björkman, T. (2005). Empowerment in people with a mental illness: Reliability and validity of the Swedish version of an empowerment scale. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 19*(1), 32-38. doi: 10.1111/j.1471-6712.2004.00310.x
- Jorge-Monteiro, M. F., Aguiar, R., Sacchetto, B., Vargas-Moniz, M., & Ornelas, J. H. (2014). What transformation? A qualitative study on empowering settings and community mental health organizations. *Global Journal of Community Psychology Practice, 5*(1), 1-13.
- Jorge-Monteiro, M. F., Henriques, V., & Ornelas, J. H. (manuscrito em preparação). Efeito da orientação para o recovery das organizações de saúde mental comunitária nos conhecimentos de recovery dos profissionais: Estudo multi-método.
- Jorge-Monteiro, M. F., & Ornelas, J. H. (2014). Properties of the Portuguese version of the Empowerment Scale with mental health organization users. *International Journal of Mental Health Systems, 8*(48). doi: 10.1186/1752-4458-8-48
- Jorge-Monteiro, M. F., & Ornelas, J. H. (in press). Recovery Assessment Scale: Testing validity with Portuguese community mental health organization users. *Psychological Assessment*.
- Jorge-Monteiro, M. F., & Ornelas, J. H. (under review). "What's wrong with the seed?" A comparative examination of an empowering community-centered approach to recovery in community mental health.
- Kelly, J. G. (2006). A contextualist epistemology for ecological research. In J. G. Kelly (Ed.), *Becoming Ecological. An expedition into community psychology*. (pp. 169-182). New York: Oxford University Press, Inc.
- Kieffer, C. (1984). Citizen empowerment: a developmental perspective. *Prevention in Human Services, 3*, 9-36.
- Lloyd, C., Tse, S., & Deane, F. P. (2006). Community participation and social inclusion: How practitioners can make a difference. *AeJAMH (Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health), 5*(3), 1-10.
- Maton, K. I. (2008). Empowering community settings: Agents of individual development, community betterment, and positive social change. *American Journal of Community Psychology, 41*(1-2), 4-21. doi: 10.1007/s10464-007-9148-6

- Maton, K. I., & Brodsky, A. E. (2011). Empowering community settings: Theory, research, and action. In M. S. Aber, K. I. Maton & E. Seidman (Eds.), *Empowering settings and voices for social change*. (pp. 38-64). New York, NY US: Oxford University Press.
- McDowell, I. (2006). The theoretical and technical foundations of health measurement. In I. McDowell (Ed.), *Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires (3rd ed.)* (pp. 10-54). New York, NY, US: Oxford University Press.
- Nelson, G. (2010). Housing for people with serious mental illness: Approaches, evidence, and transformattve change. *Journal of Sociology and Social Welfare*, 37(4), 123-146.
- Nelson, G., Kloos, B., & Ornelas, J. (2014a). *Community Psychology and Community Mental Health: Towards Transformative Change*. New York: Oxford University Press
- Nelson, G., Kloos, B., & Ornelas, J. (2014b). Transformative change in community mental health: a community psychology framework. In G. Nelson, B. Kloos & J. Ornelas (Eds.), *Community Psychology and Community Mental Health: Towards Transformative Change* (pp. 3-20). New York: Oxford university Press.
- Nelson, G., Lord, J., & Ochocka, J. (2001). *Shifting the paradigm in community mental health: towards empowerment and community*. Toronto: University of Toronto Press.
- Nelson, G., Sylvestre, J., Aubry, T., George, L., & Trainor, J. (2007). Housing Choice and Control, Housing Quality, and Control over Professional Support as Contributors to the Subjective Quality of Life and Community Adaptation of People with Severe Mental Illness. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 34(2), 89-100. doi: 10.1007/s10488-006-0083-x
- Newberry, D. J., & Strong, A. D. (2009). Beyond mental health maintenance: An evaluation framework driven by recovery-focused outcomes. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 28(2), 73-94.
- O'Connell, M., Rosenheck, R., Kaspro, W., & Frisman, L. (2006). An Examination of Fulfilled Housing Preferences and Quality of Life among Homeless Persons with Mental Illness and/or Substance Use Disorders. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 33(3), 354-365. doi: 10.1007/s11414-006-9029-z
- O'Connell, M., Tondora, J., Croog, G., Evans, A., & Davidson, L. (2005). From Rhetoric to Routine: Assessing Perceptions of Recovery-Oriented Practices in a State Mental Health and Addiction System. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28(4), 378-386.
- Ornelas, J., Aguiar, R., Sacchetto, B., & Jorge-Monteiro, M. F. (2012). Community-based participatory research: A collaborative study to measure capabilities towards recovery

- in mental health community organizations. *Psychology, Community & Health, 1*(1), 3-18. Retrieved from <http://pch.psychopen.eu/article/view/5> doi:10.5964/pch.v1i1.5
- Ornelas, J., Duarte, T., & Jorge-Monteiro, M. F. (2014). Transformative organizational change in community mental health. In G. Nelson, B. Kloos & J. Ornelas (Eds.), *Community Psychology and Community Mental Health: Towards Transformative Change* (pp. 253-277). New York: Oxford University Press.
- Pelletier, J.-F., Corbière, M., Lecomte, T., Briand, C., Corrigan, P., Davidson, L., & Rowe, M. (2015). Citizenship and recovery: Two intertwined concepts for civic-recovery. *BMC Psychiatry, 15*.
- Pelletier, J.-F., Davidson, L., Roelandt, J.-L., & Daumerie, N. (2009). Citizenship and recovery for everyone: A global model of public mental health. *International Journal of Mental Health Promotion, 11*(4), 45-53. doi: 10.1080/14623730.2009.9721799
- Resnick, S. G., & Rosenheck, R. A. (2008). Integrating peer-provided services: A quasi-experimental study of recovery orientation, confidence, and empowerment. *Psychiatric Services, 59*(11), 1307-1314. doi: 10.1176/appi.ps.59.11.1307
- Roe, D., Mashiach-Eizenberg, M., & Corrigan, P. (2012). Confirmatory factor analysis of the brief version of the Recovery Assessment Scale. *Journal of Nervous and Mental Disease, 200*(10), 847-851. doi: 10.1097/NMD.0b013e31826b6d4a
- Rog, D. J., Marshall, T., Dougherty, R. H., George, P., Daniels, A. S., Ghose, S. S., & Delphin-Rittmon, M. E. (2014). Permanent supportive housing: Assessing the evidence. *Psychiatric Services, 65*(3), 287-294.
- Rogers, E. S., Chamberlin, J., Ellison, M. L., & Crean, T. (1997). A consumer-constructed scale to measure empowerment among users of mental health services. *Psychiatric Services, 48*(8), 1042-1047.
- Rogers, E. S., Ralph, R. O., & Salzer, M. S. (2010). Validating the Empowerment Scale with a multisite sample of consumers of mental health services. *Psychiatric Services, 61*(9), 933-936. doi: 10.1176/appi.ps.61.9.933
- Rogers, E. S., Teague, G. B., Lichenstein, C., Campbell, J., Lyass, A., Chen, R., & Banks, S. (2007). Effects of participation in consumer-operated service programs on both personal and organizationally mediated empowerment: results of multisite study. *Journal of Rehabilitation Research & Development, 44*(6), 785-800. doi: 10.1682/JRRD.2006.10.0125
- Salzer, M. S., & Baron, R. C. (2014). Who is John?: community integration as a paradigm for transformative change in community mental health. In G. Nelson, B. Kloos & J.

- Ornelas (Eds.), *Community Psychology and Community Mental Health: Towards Transformative Change* (pp. 228-249). New York: Oxford University Press.
- Salzer, M. S., & Brusilovskiy, E. (2014). Advancing Recovery Science: Reliability and Validity Properties of the Recovery Assessment Scale. *Psychiatric Services, 65*(4), 442-453. doi: 10.1176/appi.ps.201300089
- Segal, S. P., Silverman, C. J., & Temkin, T. L. (2010). Self-Help and Community Mental Health Agency Outcomes: A Recovery-Focused Randomized Controlled Trial. *Psychiatric Services, 61*(9), 905-910.
- Shanks, V., Williams, J., Leamy, M., Bird, V. J., Le Boutillier, C., & Slade, M. (2013). Measures of personal recovery: A systematic review. *Psychiatric Services, 64*(10), 974-980.
- Suarez-Balcazar, Y., Harper, G. W., & Lewis, R. (2005). An Interactive and Contextual Model of Community-University Collaborations for Research and Action. *Health Education & Behavior, 32*(1), 84-101. doi: 10.1177/1090198104269512
- Townley, G., Miller, H., & Kloos, B. (2013). A little goes a long way: The impact of distal social support on community integration and recovery of individuals with psychiatric disabilities. *American Journal of Community Psychology*. doi: 10.1007/s10464-013-9578-2
- Trickett, E. J. (2009a). Community psychology: Individuals and interventions in community context. *Annual Review of Psychology, 60*, 395-419. doi: 10.1146/annurev.psych.60.110707.163517
- Trickett, E. J. (2009b). Multilevel community-based culturally situated interventions and community impact: An ecological perspective. *American Journal of Community Psychology, 43*(3-4), 257-266. doi: 10.1007/s10464-009-9227-y
- Trickett, E. J., & Espino, S. L. R. (2004). Collaboration and social inquiry: Multiple meanings of a construct and its role in creating useful and valid knowledge. *American Journal of Community Psychology, 34*(1-2), 1-69. doi: 10.1023/B:AJCP.0000040146.32749.7d
- Tsemberis, S., & Henwood, B. (2013). Housing first: Homelessness, recovery, and community integration. In V. L. Vandiver (Ed.), *Best practices in community mental health: A pocket guide*. (pp. 132-150). Chicago, IL, US: Lyceum Books.
- Waghorn, G., & Lloyd, C. (2010). Employment and people with mental illness. In C. Lloyd (Ed.), *Vocational Rehabilitation and Mental Health* (pp. 1-18). Oxford: Wiley-Blackwell.

- Ware, N. C., Hopper, K., Tugenberg, T., Dickey, B., & Fisher, D. (2007). Connectedness and citizenship: Redefining social integration. *Psychiatric Services, 58*(4), 469-474. doi: 10.1176/appi.ps.58.4.469
- Ware, N. C., Hopper, K., Tugenberg, T., Dickey, B., & Fisher, D. (2008). A theory of social integration as quality of life. *Psychiatric Services, 59*(1), 27-33. doi: 10.1176/appi.ps.59.1.27
- Willer, B., Rosenthal, M., Kreutzer, J. S., Gordon, W. A., & Rempel, R. (1993). Assessment of community integration following rehabilitation for traumatic brain injury. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation, 8*(2), 75-87. doi: 10.1097/00001199-199308020-00009
- Willis, G. B., DeMaio, T. J., & Harris-Kojetin, B. (1999). Is the bandwagon headed to the methodological promised land? Evaluating the validity of cognitive interviewing techniques. In M. G. Sirken, S. Schechter, N. Schwarz, J. M. Tanur & R. Tourangeau (Eds.), *Cognition and Survey Research* (pp. 133-153). New York: John Wiley & Sons.
- Wong, Y. L., Matejkowski, J., & Lee, S. (2011). Social integration of people with serious mental illness: network transactions and satisfaction. *J Behav Health Serv Res, 38*(1), 51-67.
- Yanos, P. T., Stefancic, A., & Tsemberis, S. (2012). Objective community integration of mental health consumers living in supported housing and of others in the community. *Psychiatric Services, 63*(5), 438-444. doi: 10.1176/appi.ps.201100397

**ANEXOS**



Anexo 1  
Instrumento de recolha de dados - Questionário



# Promoção das capacidades e da integração de pessoas com doença mental

## APRESENTAÇÃO DO ESTUDO<sup>1</sup>

Instituição promotora: ISPA Instituto Universitário

Investigador principal: Professor Doutor José Ornelas

Projecto financiado pela FCT – PTDC/PSI/113301/2009

Bolsa Doutoramento FCT - SFRH/BD/65518/2009

### 1. Objectivos gerais e objectivos específicos

Este estudo pretende conhecer o modo como os serviços de saúde mental na comunidade promovem a capacitação e a integração social das pessoas com doença mental, nomeadamente relativamente aos seus objectivos de habitação, emprego, educação, familiares e em diversas áreas sociais. Pretende-se também desenvolver e validar um instrumento de investigação sobre promoção da capacitação dos indivíduos.

Este estudo é dirigido pelo Professor Doutor José Ornelas, do Departamento de Psicologia Comunitária da Unidade de Investigação Psicologia e Saúde, do ISPA-IU, em colaboração com diversas organizações e serviços de saúde mental.

### 2. Metodologia

Em cada organização que colaborar no estudo os utentes com um diagnóstico de doença mental serão convidados a participar no estudo através da apresentação do consentimento informado (anexo). Serão realizadas entrevistas face-a-face com a duração de 30 - 40 minutos por um dos membros da equipa de investigação para assegurar a consistência de procedimento na recolha dos dados. O caderno de instrumentos compreende um questionário de dados demográficos e de participação comunitária, o Colorado Symptom Index e o Questionário de Ganhos de Capacidade. Esta recolha de dados também incorpora uma fase qualitativa posterior, isto é, alguns dos utentes que participarem na fase quantitativa, poderão ser convidados a participar numa entrevista de questões abertas sobre o tema do recovery e integração comunitária, numa segunda fase da investigação.

### 3. Orientações de Recrutamento e Selecção

A amostra total deste estudo é de 200 utentes de serviços comunitários de saúde mental, repartidos por sub-amostras de diversas organizações ou serviços. Os utentes que aceitem participar no estudo, recebem uma compensação pelo tempo dispensado através de senha de alimentação que poderão trocar no supermercado ou restaurantes.

A amostra deverá, tanto quanto possível permitir uma proporção idêntica por sexo e por grupo etário.

### 4. Critérios de inclusão / exclusão

Os participantes no estudo devem satisfazer o seguinte:

- fornecer o consentimento por escrito (documentos anexo)
- ter 18 ou mais anos
- o participante, enquanto utente do serviço ou organização, deverá possuir um diagnóstico de doença mental grave
- participar ou ter participado no serviço pelo menos durante 3 meses
- conhecer e expressar-se razoavelmente em português

### 5. Confidencialidade

Todas as informações serão anónimas de modo a assegurar a segurança de todos os participantes e das organizações. Os dados terão correspondência a um número específico atribuído (ID) para a investigação, o nome do participante e a designação da organização não serão utilizados. Os registos das entrevistas serão guardados em arquivo institucional seguro até um máximo de 3 anos após a data oficial do final do projecto acessível apenas à equipa de investigação.

1 - Informação para a organização ou serviço de saúde mental.



# Consentimento Informado<sup>1</sup>

Instituição promotora: ISPA Instituto Universitário

Investigador principal: Professor Doutor José Ornelas

Projecto financiado pela FCT – PTDC/PSI/113301/2009

Bolsa Doutoramento FCT - SFRH/BD/65518/2009

## Convite

Estamos a convidá-lo(a) a participar num estudo de investigação.

Este estudo é dirigido pelo Professor Doutor José Ornelas, do Departamento de Psicologia Comunitária da Unidade de Investigação Psicologia e Saúde, do ISPA-IU, em colaboração com diversas organizações e serviços de saúde mental.

Antes de aceitar participar é importante que compreenda o objectivo desta investigação, o que ela significa e assinar o consentimento de participação.

Leia com atenção esta folha de informação e se desejar, informe-se junto das pessoas da sua confiança ou junto da equipa de investigação para esclarecer as dúvidas que possa ter através do contacto fornecido.

## Qual é o propósito do estudo?

Com este estudo, pretendemos conhecer o modo como os serviços de saúde mental na comunidade promovem a capacitação e a integração social das pessoas com doença mental. Nomeadamente nos seus objectivos de habitação, emprego, educação, familiares ou em outras áreas sociais. Pretende-se igualmente publicar os resultados desta investigação para que outras organizações similares os possam utilizar, tanto no desenho de melhores programas e serviços como no aperfeiçoamento dos que já existem.

## Porque é que fui convidado(a)?

Foi convidado(a) a participar porque gostaríamos de saber a sua opinião e experiência enquanto utilizador(a) do serviço ou organização de saúde mental sobre os impactos em termos de integração social e participação na comunidade. A sua participação neste estudo é inteiramente voluntária. Cabe a si aceitar participar. Se decidir participar, é livre para abandonar o estudo em qualquer altura. Isso não irá afectar o suporte ou tratamento que recebe. Contudo, é natural que possa surgir algum desconforto ao falar sobre a sua experiência. Se quiser emitir uma opinião acerca das perguntas formuladas ou da metodologia utilizada, pode

contactar a equipa de investigação através do contacto: Dr.ª Maria Fátima Jorge-Monteiro – maria\_monteiro@ispa.pt ou Professor Dr. José Ornelas – jornelas@ispa.pt.

## Qual é o interesse em participar?

A sua participação pode ajudar-nos a compreender de que forma os serviços de saúde mental na comunidade podem ter influência na qualidade de vida das pessoas com doença mental e sobre quais são os aspectos que se relacionam com essa qualidade de vida. Como já foi referido, pretende-se a partilha destas informações para a possível melhoria dos serviços, da qual poderá retirar um benefício indirecto.

## Como é que vou participar?

Se concordar em participar deverá fornecer o seu consentimento por escrito que lhe será fornecido. A participação consiste na resposta a uma entrevista (gravada ou não, dependendo da sua vontade) e no preenchimento de questionários.

Receberá uma cópia desta folha de informação e do formulário de consentimento para guardar. Será antecipadamente marcado um dia, local e hora para a realização da entrevista. A entrevista deverá durar cerca de meia hora. De modo a compensar o tempo e a deslocação, os participantes, serão compensados com senha de alimentação descontáveis nos supermercados ou restaurantes.

## A minha participação será confidencial?

Se concordar em participar, e nos der o seu consentimento, a sua experiência fará parte da informação recolhida neste estudo e será apresentada de forma global e sem identificar os participantes, pelo que se garante a confidencialidade da informação dada. O formulário de consentimento será arquivado em separado dos restantes questionários, os quais receberão um código e não um nome. Assim, o seu nome nunca aparecerá em quaisquer relatórios do estudo, comunicações ou publicações.

## Consentimento de participação

Nome do(a) participante \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_

Concordo em participar neste estudo e confirmo que li e compreendi a folha de informação para o estudo supracitado e que tive a oportunidade de colocar questões. Compreendo que a minha participação é voluntária e que sou livre de desistir em qualquer altura, sem explicações, e sem que o tratamento, suporte que recebo ou direitos legais sejam afectados. Foi-me totalmente explicado o propósito do estudo, forma de participação e dos procedimentos envolvidos.

Autorizo que a minha entrevista seja gravada: Sim  Não

Assinatura do(a) participante \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do(a) investigador(a) \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

# Caracterização individual

## Geral

A. Nome do Serviço /Associação

B. Identificação do Serviço /Associação

C. Nome do entrevistador/a

D. Data da entrevista

 /  / 

E. Número de identificação do participante






## Dados do entrevistado(a)

1. Data de nascimento

 /  / 

2. Sexo

 Homem  Mulher

3. Conhece o seu diagnóstico de saúde mental atribuído pelo seu médico?

 Não  Sim

4. Se sim, qual?

5. Quais os tipos de serviços de saúde mental que recebe actualmente?

(assinale os que se adequarem)

Consultas (psiquiatria ou psicologia)

Medicamentação psiquiátrica

Unidade de dia no Hospital

Centro de dia em Associação

Habitação ind. / Apoio domiciliário

Residência de grupo

Emprego apoiado

Emprego protegido

Outro. Qual?

6. Já alguma vez se encontrou em situação de sem-abrigo?

 Não  Sim

7. Alguma vez foi internado(a) num hospital para tratamento psiquiátrico?

 Não  Sim

8. Para além do diagnóstico que referiu tem, ou teve, algum problema de abuso de substâncias ou de medicamentos?

 Não  Sim

9. Frequenta as actividades ou serviços desta organização actualmente?

 Não  Sim

10. Frequentou, ou frequenta, os serviços e actividades durante quanto tempo, aproximadamente?

 Menos de 6 meses  6 meses - 2 anos  2 - 5 anos  6 - 10 anos  Mais de 10 anos

## Relacionamento e habitação

11. Estado civil

Casado(a) / União de facto

Co-habitando

Viúvo(a)

Separado(a)

Divorciado(a)

Solteiro(a)

12. Com quem vive?

Sozinho(a)

Esposo(a) / parceiro(a)

Esposo(a) /parceiro(a) e filhos

Filhos

Outros familiares (pais, irmãos, ...)

Outros (sem parentesco)

Sem-abrigo

Outro (qual?) \_\_\_\_\_

Avalie, descrevendo o seu contexto habitacional (tipo de habitação, satisfação...) \_\_\_\_\_

## Qualificação e educação

13. Qual é o seu maior grau de qualificação frequentado? (assinale na caixa uma opção)

Escolaridade básica 1º ciclo (antiga 4ª classe)

Escolaridade básica 2º ciclo (6º ano ou antigo preparatório)

Escolaridade básica 3º ciclo (9º ano ou antigo 5º do secundário)

Escolaridade secundária (10º, 11º e 12º)

Qualificação profissional (ex: um ofício ou uma competência como canalização ou cabeleireiro(a); trabalho de secretariado; etc.)

Licenciatura

Estudos Pós-Graduados (Mestrado ou Doutoramento)

Outro (por favor especifique) \_\_\_\_\_

14. É estudante actualmente?

Não

Sim

15. Qual é a sua situação profissional (assinale uma opção)

Empregado/a

Desempregado/a

Reformado/a de trabalho

Pensão social ou RSI

Estagiário/a

Voluntário/a

Outro (especifique) \_\_\_\_\_

Caso esteja empregado ou em estágio avalie descrevendo o seu contexto de trabalho (onde, função, como obteve, satisfação...) \_\_\_\_\_

**Utilização do serviço**

16. Que actividades da organização/ serviços utiliza ou utilizou? (assinale os que se adequarem)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Integração Profissional (apoio ao emprego)                | <input type="checkbox"/> Formação Profissional             |
| <input type="checkbox"/> Apoio Habitacional (apoio domiciliário / aluguer e renda) | <input type="checkbox"/> Apoio Habitacional (resid. grupo) |
| <input type="checkbox"/> Integração e apoio escolar                                | <input type="checkbox"/> Actividades Desportivas           |
| <input type="checkbox"/> Actividades Ocupacionais                                  | <input type="checkbox"/> Campanhas contra o Estigma        |
| <input type="checkbox"/> Grupo de Ajuda Mútua                                      |  |
| Outro (qual?)  |  |

Com as questões seguintes pretendemos perguntar acerca da sua situação no contexto doméstico e comunitário: \*

17. Habitualmente, quem faz as compras de mercearia e outros produtos para a casa?

- Você sozinho                       Você e outra pessoa                       Outra pessoa

18. Habitualmente, quem prepara as refeições em sua casa?

- Você sozinho                       Você e outra pessoa                       Outra pessoa

19. Em sua casa, quem faz habitualmente as tarefas domésticas diárias?

- Você sozinho                       Você e outra pessoa                       Outra pessoa

20. Habitualmente, quem é que cuida das crianças em sua casa?

- Você sozinho                       Você e outra pessoa                       Outra pessoa
- Não aplicável. Não há crianças em casa com menos de 17 anos

21. Habitualmente, quem planeia encontros sociais, tais como reuniões familiares ou com amigos?

- Você sozinho                       Você e outra pessoa                       Outra pessoa

22. Habitualmente, quem cuida das suas finanças pessoais, tais como questões bancárias, ou pagamento de contas?

- Você sozinho                       Você e outra pessoa                       Outra pessoa

Pode dizer-me aproximadamente, quantas vezes por mês, participa, actualmente, nas seguintes actividades fora de casa:

23. Nas compras

Nunca

1-4 vezes

5 ou mais

24. Em actividades de lazer tais como cinema, desporto restaurantes, etc.

Nunca

1-4 vezes

5 ou mais

25. Visitar amigos ou familiares

Nunca

1-4 vezes

5 ou mais

26. Quando participa em actividades de lazer, costuma fazê-lo sozinho(a) ou acompanhado?

Principalmente sozinho(a)

Principalmente com membros da família

Principalmente com amigos com doença mental

Principalmente sem doença mental

Juntamente com um grupo de familiares e amigos

27. Tem um(a) melhor amigo(a) com quem confidencia?

Não

Sim

28. Com que frequência viaja para fora de casa?

Quase todos os dias

Quase todas as semanas

Menos de uma vez por semana

29. Por favor, escolha a resposta abaixo, que melhor corresponde à sua actual situação laboral (durante o último mês).

Tempo inteiro (mais de 20 horas por semana)

Tempo parcial (menos ou igual a 20 horas por semana)

Não estou a trabalhar, mas procuro trabalho activamente

Não estou a trabalhar, nem estou à procura de trabalho

Não se aplica, reformado/a devido à idade

30. Por favor, escolha a resposta abaixo, que melhor corresponde à sua actual situação escolar ou de formação (durante o último mês).

Tempo inteiro

Tempo parcial

Sem frequentar cursos escolares ou programas de formação

31. No último mês, quantas vezes participou em actividades de voluntariado?

Nunca

1-4 vezes

5 ou mais

# BUES-PT<sup>1</sup>

ID-ORG ID-IND 

Data / /

Abaixo encontra afirmações relacionadas com perspectivas de vida e tomadas de decisão.

Não perca muito tempo em cada questão e seja verdadeiro(a) consigo mesmo(a), para que as respostas reflectam os seus verdadeiros sentimentos.

Assinale com um círculo o número que melhor corresponde ao que sente em relação à frase.

	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. Consigo determinar bastante bem o que acontecerá na minha vida.	4	3	2	1
2. As pessoas têm mais poder se se juntarem num grupo.	4	3	2	1
3. Ficar zangado(a) com alguma coisa nunca ajuda.	4	3	2	1
4. Tenho uma atitude positiva em relação a mim mesmo(a).	4	3	2	1
5. Sou, habitualmente, confiante com as decisões que tomo.	4	3	2	1
6. As pessoas não têm o direito de se zangar, só porque não gostam de alguma coisa.	4	3	2	1
7. A maioria dos infortúnios, na minha vida, teve a ver com má sorte.	4	3	2	1
8. Vejo-me como uma pessoa capaz.	4	3	2	1
9. Levantar ondas nunca leva a lado nenhum.	4	3	2	1
10. As pessoas a trabalhar em conjunto podem influenciar a sua comunidade.	4	3	2	1
11. Habitualmente, sou capaz de ultrapassar barreiras.	4	3	2	1
12. Sou, geralmente, optimista em relação ao futuro.	4	3	2	1
13. Quando faço planos, estou quase certo (a) de ser capaz de os fazer resultar.	4	3	2	1
14. Normalmente sinto-me sozinho(a).	4	3	2	1
15. Os especialistas estão em melhor posição para decidir o que as pessoas devem fazer ou aprender.	4	3	2	1
16. Sou capaz de fazer as coisas tão bem como a maioria das pessoas.	4	3	2	1
17. Geralmente, concretizo o que me proponho a fazer.	4	3	2	1
18. As pessoas devem tentar viver as suas vidas como querem.	4	3	2	1
19. A maior parte do tempo, sinto-me sem poder.	4	3	2	1
20. Quando não tenho a certeza sobre alguma coisa, normalmente, sigo o resto do grupo.	4	3	2	1
21. Sinto que sou uma pessoa de valor tanto como qualquer outra.	4	3	2	1
22. As pessoas têm o direito de tomar as suas próprias decisões, mesmo que sejam más decisões.	4	3	2	1
23. Sinto que tenho algumas boas qualidades.	4	3	2	1
24. Frequentemente, um problema pode ser resolvido agindo.	4	3	2	1
25. Trabalhar com os outros, na minha comunidade, pode ajudar a mudar as coisas para melhor.	4	3	2	1



# RAS-PT<sup>1</sup>

ID-ORG ID-IND 

Data / /

Abaixo encontra um conjunto de afirmações que descrevem sentimentos das pessoas sobre si próprias e sobre as suas vidas.

Por favor, leia cada uma delas com atenção e faça um círculo no número que melhor descreve até que ponto concorda ou discorda com a afirmação.

	Discordo totalmente	Discordo	Nem discordo nem concordo	Concordo	Concordo totalmente
1. O receio não me impede de viver como eu quero.	1	2	3	4	5
2. Eu consigo lidar com o que acontece na minha vida.	1	2	3	4	5
3. Eu gosto de mim próprio(a).	1	2	3	4	5
4. Se as pessoas realmente me conhecessem, gostariam de mim.	1	2	3	4	5
5. Eu tenho uma ideia daquilo que eu quero ser.	1	2	3	4	5
6. Alguma coisa de bom eventualmente acontecerá.	1	2	3	4	5
7. Tenho esperança acerca do meu futuro.	1	2	3	4	5
8. Continuo a ter novos interesses.	1	2	3	4	5
9. Consigo lidar com o stress.	1	2	3	4	5
10. Sei quando devo pedir ajuda.	1	2	3	4	5
11. Estou disposto(a) a pedir ajuda.	1	2	3	4	5
12. Eu peço ajuda quando preciso.	1	2	3	4	5
13. Tenho o desejo de ter sucesso.	1	2	3	4	5
14. Eu tenho o meu próprio plano para estar ou ficar bem.	1	2	3	4	5
15. Tenho objectivos na minha vida que quero alcançar.	1	2	3	4	5
16. Acredito que posso ir ao encontro dos meus objectivos pessoais actuais.	1	2	3	4	5
17. A minha vida tem um propósito.	1	2	3	4	5
18. Mesmo quando eu não me preocupo comigo, outros fazem-no.	1	2	3	4	5
19. Tenho pessoas com quem posso contar.	1	2	3	4	5
20. Mesmo quando não acredito em mim, outros acreditam.	1	2	3	4	5
21. É importante ter uma rede de amigos.	1	2	3	4	5
22. Lidar com a doença mental já não é o foco principal na minha vida.	1	2	3	4	5
23. Os meus sintomas interferem cada vez menos com a minha vida.	1	2	3	4	5
24. Cada vez que ocorrem, os meus sintomas parecem ser um problema por períodos cada vez mais curtos.	1	2	3	4	5



# CSI-PT<sup>1</sup>

ID-ORG ID-IND 

Data / /

Vamos colocar-lhe algumas perguntas sobre possíveis problemas ou questões de saúde mental que você poderá ter sentido ao longo deste último mês.

Algumas destas questões podem parecer pessoais, se optar por não responder a alguma das mesmas por favor diga. Contudo, as suas respostas serão estritamente confidenciais.

	Nunca	Uma vez por mês	Várias vezes durante o mês	Várias vezes por semana	Pelo menos todos os dias
1. No último mês quantas vezes se sentiu nervoso(a), preocupado(a) ou frustrado(a)?	1	2	3	4	5
2. No último mês quantas vezes se sentiu deprimido(a)?	1	2	3	4	5
3. No último mês quantas vezes se sentiu só?	1	2	3	4	5
4. No último mês quantas vezes lhe disseram que agiu de forma "paranóica" ou "desconfiada"?	1	2	3	4	5
5. No último mês quantas vezes ouviu vozes, escutou ou viu coisas que os outros achavam que não existiam?	1	2	3	4	5
6. No último mês quantas vezes teve problemas em tomar decisões?	1	2	3	4	5
7. No último mês quantas vezes teve problemas em pensar de forma organizada, concentrar-se ou lembrar-se de algo?	1	2	3	4	5
8. No último mês quantas vezes sentiu que o seu comportamento ou ações eram estranhas ou diferentes das de outras pessoas?	1	2	3	4	5
9. No último mês quantas vezes se sentiu deslocado ou que não se integrava?	1	2	3	4	5
10. No último mês quantas vezes se esqueceu de coisas importantes?	1	2	3	4	5
11. No último mês quantas vezes teve problemas com pensar demasiado depressa (pensamentos acelerados)?	1	2	3	4	5
12. No último mês quantas vezes se sentiu desconfiado(a) ou paranóico(a)?	1	2	3	4	5
13. No último mês quantas vezes sentiu vontade de se magoar ou suicidar?	1	2	3	4	5
14. No último mês quantas vezes sentiu vontade de magoar gravemente outra pessoa?	1	2	3	4	5



# Treino e instruções para a entrevista por questionário

## Estrutura do questionário

1. Consentimento informado
2. Consentimento de participação
3. Caracterização individual + itens do CIQ – P
4. ES – P
5. RAS – P
6. CSI – P

## Duração de cada entrevista

40 minutos

## Modalidade geral

A entrevista é face-a-face. O membro da equipa de investigação deve assegurar a consistência de procedimento na recolha dos dados e portanto, garantir que o entrevistado esteja a perceber as instruções de preenchimento, os conteúdos dos itens e que esteja a responder conforme as opções de resposta múltipla existentes (podem diferir pelo número de opções e pela ordem dos números).

Uma cópia do protocolo de entrevista será entregue ao participante para ele responder e uma cópia será utilizada pelo membro da equipa de investigação no sentido de acompanhar a leitura e o preenchimento dos itens. Este vai ter também um caderno de campo para registar anotações e/ou comentários do participante.

O membro da equipa de investigação deve dar liberdade para o participante colocar eventuais dúvidas e, neste caso, prestar esclarecimentos.

De uma forma geral, é aconselhável pedir ao participante de ler em voz alta (opcional) o protocolo de entrevista para o membro da equipa puder acompanhar o preenchimento do mesmo. Se o participante não quiser ler, ou estiver cansado, o membro da equipa pode assumir a leitura em voz alta. Estas indicações são flexíveis conforme a necessidade que o participante tem em ser acompanhado e orientado.

## Em detalhe

### 1. Consentimento informado

- Pedir ao entrevistado para ler em voz alta o consentimento informado, sendo que este contem as informações necessárias para o participante perceber os objectivos do estudo e os procedimentos de participação.
- Perguntar se há dúvidas/reforçar os pontos salientes (por ex. o interesse em participar, a confidencialidade e a retribuição da participação)
- Antecipar que pode ser contactado novamente após algum tempo para uma entrevista qualitativa e tomar nota caso a pessoa demonstra interesse ou, pelo contrário, se recuse.

## 2. Consentimento de participação

- Explicar ao entrevistado que irá ficar com uma cópia do consentimento e que o original será mantido no arquivo da equipa de investigação
- Pedir ao entrevistado para ler o documento em voz alta e assinar

## 3. Caracterização Individual + itens do CIQ – P

- O membro da equipa pode ler a primeira parte (“Geral”) e orientar o participante no preenchimento da mesma (códigos de identificação do serviço e do participante)
- Explicar que esta parte de caracterização individual serve para ter dados sobre a amostra (por ex. média de idade, educação, etc.) e reforçar que vai ser mantido o anonimato
- Pedir para preencher alguns dados pessoais, de relacionamento e habitação, da qualificação e educação, da utilização do serviço

## 4. ES – P

- Preenchimento dos códigos da organização/do participante e da data
- Ler a parte introdutória e a escala de respostas, sendo que desta vez existem 4 opções onde 1 equivale à Discordo Totalmente e 4 à Concordo Totalmente

## 5. RAS – P

- Preenchimento dos códigos da organização/do participante e da data
- Ler a parte introdutória e a escala de respostas, sendo que desta vez existem novamente 5 opções de resposta

## 6. CSI – P

- Preenchimento dos códigos da organização/do participante e da data
- Avisar a pessoa que esta é a última parte para se terminar a entrevista. Esta tem a ver com a experiência de doença mental da pessoa, sendo que não interessa de forma alguma efectuar uma avaliação clínica, mas sim garantir que a pessoa passou/esta a passar por uma problemática de saúde mental, de forma a assegurar o critério de inclusão na amostra do estudo.
- Reforçar a confidencialidade de toda a informação fornecida, bem como a possibilidade de não responder caso haja algum desconforto. Se for o caso, pedir só de assinalar qual o item ao qual não quer responder para a equipa tomar nota.
- Evitar a leitura em voz alta

No fim, agradecer a pessoa pela sua colaboração, lembrar de levar a cópia do consentimento de participação e da possibilidade de contactar a equipa de investigação se quiser emitir uma opinião acerca das perguntas formuladas ou da metodologia utilizada.

Entregar a senha de alimentação como retribuição à participação e explicar como esta pode ser utilizada.

## Anexo 2

Instrumento de recolha de dados - Entrevista qualitativa





Exmo(a) Senhor(a)  
Presidente da Associação

Lisboa, 12 de Abril de 2013

**Assunto:** Participação no estudo “Promoção das Capacidades e da Integração das Pessoas com Doença Mental” - FCT – PTDC/PSI/113301/2009

Em primeiro lugar, agradecemos a vossa colaboração, na 1º fase do estudo, designado ”Promoção das Capacidades e da Integração das Pessoas com Doença Mental” aprovado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia, e que é dirigido pelo Professor Doutor José Ornelas, do Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA-IU) com o objetivo de conhecer o modo como os serviços/organizações de saúde mental na comunidade promovem a capacitação e a integração social das pessoas com doença mental.

De acordo com a informação anteriormente fornecida, encontramos-nos a implementar a 2ª fase, composta por uma recolha de entrevistas.

Do mesmo modo, será apresentado um convite aos participantes (4 utentes, 2 técnicos, 1 coordenador de serviço da organização e um membro da Direção) através do Consentimento Informado (anexo). A entrevista gravada será realizada por um dos elementos da equipa do projeto, treinado para o efeito. A confidencialidade é assegurada através da atribuição a cada participante de um código alfanumérico criado para a investigação. O registo áudio das gravações será mantido arquivado apenas durante cinco anos depois da recolha, sendo apenas acessíveis à equipa de investigação. Para os utentes que participam nesta fase do estudo, recebem, a título compensatório, pelo tempo dispensado, uma senha de alimentação no valor de seis euros cada.



**ISPA**  
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO  
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

Os critérios de inclusão de participantes na presente fase são os seguintes:

<b>Participantes da Fase</b>	<b>Critérios de Inclusão</b>
<b>Qualitativa:</b>	
.1 Membro da Direção	. em exercício na função
.1 Coordenador Técnico do Serviço	. em exercício na função
.2 Técnicos, - a organização fornece uma pequena lista anónima, apenas com as iniciais dos técnicos que preenchem os seguintes critérios de inclusão;	. Mínimo de 2 anos de trabalho na organização (ou técnico com maior antiguidade no cargo); . Sejam técnicos do programa (fórum/centro); . Ter um contrato de trabalho tempo inteiro com a organização.
.4 Utentes	Serão selecionados aleatoriamente pela equipa de investigação, a partir da lista das pessoas entrevistadas durante a 1ª fase quantitativa do estudo.

Os contactos telefónicos para operacionalizar esta colaboração podem ser estabelecidos com a Dra. Maria Fátima Jorge-Monteiro, membro da equipa, para o tel. 962475195 ou [maria\\_monteiro@ispa.pt](mailto:maria_monteiro@ispa.pt). Ao dispor para quaisquer esclarecimentos complementares, os nossos melhores cumprimentos

O Investigador Principal

Professor Associado com Agregação  
ISPA - IU

# Consentimento informado para entrevista (Participantes)

Instituição promotora: Instituto Superior de Psicologia Aplicada, ISPA-IU

Investigador principal: Professor Doutor José Ornelas

Projecto financiado pela FCT – PTDC/PSI/113301/2009

Bolsa Doutoramento FCT - SFRH/BD/65518/2009

## Convite

Estamos a convidá-lo(a) a participar num estudo de investigação.

Este estudo é dirigido pelo Professor Doutor José Ornelas, do Departamento de Psicologia Comunitária da Unidade de Investigação Psicologia e Saúde, do ISPA-IU, em colaboração com diversas organizações e serviços de saúde mental.

Leia com atenção esta folha de informação e se desejar, informe-se junto das pessoas da sua confiança ou junto da equipa de investigação para esclarecer as dúvidas que possa ter através do contacto fornecido.

## Qual é o propósito do estudo?

Com este estudo, pretendemos conhecer o modo como os serviços de saúde mental na comunidade promovem a capacitação e a integração social das pessoas com doença mental. Nomeadamente nos seus objetivos de habitação, emprego, educação, familiares ou em outras áreas sociais. Pretende-se igualmente publicar os resultados desta investigação para que outras organizações similares os possam utilizar, tanto no desenho de melhores programas e serviços como no aperfeiçoamento dos que já existem.

## Porque é que fui convidado(a)?

Foi convidado(a) a participar porque gostaríamos de saber a sua opinião e experiência enquanto utilizador(a) do serviço ou organização de saúde mental sobre os impactos em termos de integração social e participação na comunidade. A sua participação neste estudo é inteiramente voluntária. Se decidir participar, é livre para abandonar o estudo em qualquer altura. Isso não irá afetar o suporte ou tratamento que recebe.

## Como é que vou participar?

Se concordar em participar deverá fornecer o seu consentimento por escrito que lhe será fornecido. A participação consiste na resposta a uma entrevista gravada cujo registo será destruído no prazo de cinco anos. Receberá uma cópia desta folha de informação e do formulário de consentimento para guardar.

A entrevista deverá durar cerca de uma hora. De modo a compensar o tempo e a deslocação, os participantes, serão compensados com senhas de alimentação descontáveis nos supermercados ou restaurantes da zona residencial. Se quiser emitir uma opinião acerca das perguntas formuladas, pode contactar a equipa de investigação através do contacto: Professor Dr. José Ornelas – [jornelas@ispa.pt](mailto:jornelas@ispa.pt).



## Consentimento de participação

Nome do(a) participante: \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_

Concordo em participar neste estudo e confirmo que li e compreendi a folha de informação para o estudo supracitado e que tive a oportunidade de colocar questões. Foi-me totalmente explicado o propósito do estudo, forma de participação e dos procedimentos envolvidos nesta entrevista gravada. Compreendo que a minha participação é voluntária e que sou livre de desistir em qualquer altura sem que o tratamento, o suporte que recebo ou direitos legais sejam afetados.

Assinatura do(a) participante \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do(a) investigador(a) \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



# Guião de entrevista para os participantes da Associação

Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

## Dados da Associação

Designação

## Localização dos Serviços

Distrito

Concelho

Freguesia(s)

## Dados do Participante

Código Associação

Código Participante

Sexo

 Homem Mulher

Idade

Estado civil

 Casado(a) / União de facto Co-habitando Viúvo(a) Separado(a) Divorciado(a) Solteiro(a)

Com quem vive?

 Sozinho(a) Esposo(a) / parceiro(a) Esposo(a) /parceiro(a) e filhos Filhos Outros familiares (pais, irmãos, ...) Outros (sem parentesco) Outro. Qual?

Anos de participação na organização

## Diagnóstico de saúde mental

Conhece o seu diagnóstico de saúde mental atribuído pelo seu médico?

 Não Sim

Se sim, qual?

Alguma vez foi internado(a) num hospital para tratamento psiquiátrico?

 Não Sim

Se sim, quantas vezes?

Há quanto tempo foi o último internamento?



# Guião de entrevista para os participantes da Associação

## Contato e Entrada na Associação

1. Como teve conhecimento da existência da Associação?
2. Como vivenciou a sua entrada para a Associação?

## Definição da Associação

3. Conhece a história de como surgiu esta Associação?
4. Utilizando as suas palavras, como definiria a Associação?
5. Conhece os valores e princípios que orientam a Associação? Se sim, poderia enumerar aqueles que considera mais importantes.
6. Quais são os principais objetivos da Associação?
7. Na sua opinião, qual é a importância da Associação?
8. Como avalia a acessibilidade à Associação? (geográficas, orgânicas e físicas, financeiras, ...)

## Participação na Associação e percepção de alterações e/ou ganhos

9. Pode descrever o seu tipo de envolvimento na Associação? (nomear as actividades em que participa)
10. Quais as actividades da Associação que mais valoriza?
11. Pode indicar-me quais os momentos chave do seu percurso na Associação?
12. Especificamente, que ações da Associação acha que tiveram um efeito na sua vida quotidiana?
13. Como poderia descrever a sua participação, nas actividades da Associação, nomeadamente (referir as actividades mencionadas)?
14. Poderia indicar alguns dos ganhos pessoais que obteve devido a essa mesma participação? (relativo à participação nas actividades da Associação)
15. Existe, algum serviço ou atividade, que gostaria que a Associação providenciasse e que não exista de momento?
16. Após a entrada na Associação detetou alguma alteração no seu bem-estar físico e mental? Se sim, pode dar exemplos? (questionar ambas as dimensões, caso o participante só mencione uma)
17. Após a entrada na Associação, detetou alguma alteração na forma como lida com os desafios de ter uma experiência de doença mental?
18. Após a entrada na Associação, detectou alguma alteração na sua situação habitacional?
19. Sente-se satisfeito com a sua atual situação habitacional?
20. Pode descrever-me a sua rotina diária

## Integração Comunitária

21. Qual o impacto da Associação ao nível das relações com a família? Com amigos? Com outras pessoas na comunidade?
22. Sente-se como um membro ativo da comunidade? Pode dar exemplos.
23. Sente ligação à comunidade em que está inserido? Se sim, pode descrever esse sentimento.

## Recovery

24. Tem planos para a sua vida? Se sim, quais?

## Impacto da Associação

25. De que forma, a sua participação na Associação (alterou ou) teve impacto na sua vida?

## Informação Adicional

26. Existe alguma coisa significativa que queira partilhar e que não foi referida nesta entrevista?



# Consentimento informado para entrevista (Técnicos e Dirigentes)

Instituição promotora: Instituto Superior de Psicologia Aplicada, ISPA-IU

Investigador principal: Professor Doutor José Ornelas

Projecto financiado pela FCT – PTDC/PSI/113301/2009

Bolsa Doutoramento FCT - SFRH/BD/65518/2009

## Convite

Estamos a convidá-lo(a) a participar num estudo de investigação dirigido pelo Professor Doutor José Ornelas, do Departamento de Psicologia Comunitária da Unidade de Investigação Psicologia e Saúde, do ISPA-IU, em colaboração com diversas organizações e serviços de saúde mental.

Leia com atenção esta folha de informação e se desejar, informe-se junto da equipa de investigação para esclarecer as dúvidas que possa ter.

## Qual é o propósito do estudo?

Com este estudo, pretendemos conhecer o modo como as Associações de saúde mental na comunidade promovem a capacitação e a integração social das pessoas com doença mental. Pretende-se igualmente publicar os resultados desta investigação para que outras organizações similares os possam utilizar, tanto no desenho de melhores programas e serviços como no aperfeiçoamento dos que já existem.

## participar?

Foi convidado(a) a participar porque, a partir da sua experiência nesta Associação de saúde mental, pretendemos conhecer os impactos em termos de integração social e participação na comunidade nos seus utilizadores.

A sua participação neste estudo é inteiramente voluntária e confidencial.

Se concordar em participar deverá fornecer o seu consentimento por escrito. A participação consiste na resposta a uma entrevista gravada, cujo registo será destruído ao fim de cinco anos. Receberá uma cópia desta folha de informação e do formulário de consentimento para guardar. A entrevista deverá durar cerca de uma hora. Se eventualmente, quiser emitir uma opinião acerca desta entrevista, pode contactar o Investigador Responsável, o Professor Dr. José Ornelas – [jornelas@ispa.pt](mailto:jornelas@ispa.pt).



## Consentimento de participação

Nome do(a) participante: \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_

Concordo em participar neste estudo e confirmo que li e compreendi a folha de informação para o estudo supracitado e que tive a oportunidade de colocar questões. Foi-me totalmente explicado o propósito do estudo, a forma de participação e os procedimentos envolvidos nesta entrevista gravada. Compreendo que a minha participação é voluntária e que sou livre de desistir em qualquer altura.

Assinatura do(a) participante \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do(a) investigador(a) \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



# Guião de Entrevista do Informador-Chave da Organização

Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

## Dados da Associação

Designação

## Localização dos Serviços

Distrito

Concelho

Freguesia(s)

Dimensão (nº utilizadores)

Programas/Respostas Principais

## Dados do Informador-Chave

Código Associação

Código I.C.

Sexo

 Homem Mulher

Idade

Anos de colaboração nesta organização/serviço

Qual o seu papel/função principal nesta organização?

Anos de trabalho em saúde mental

A sua experiência na área da saúde mental tem sido principalmente como:

 Utilizador/a dos serviços de saúde mental Profissional

Quais as suas habilitações académicas (grau e área)



# Guião de entrevista para Dirigentes/ Coordenadores da Associação

1. Conhece a história de como surgiu esta Associação? (poderia contar-ma)
2. Quais são os principais objetivos da Associação?
3. Na sua opinião, o que caracteriza esta Associação? [a que se destina, qual é o propósito?]
4. Como a descreveria a alguém que nunca teve contacto com ela?
5. Os serviços seguem um modelo teórico de referência? Como se designa?
6. Quais os valores ou princípios que orientam o programa de serviços e a intervenção na Associação?
7. Os valores estão definidos numa missão partilhada dentro da Associação? A que níveis? [De que formas?]
8. De que forma é que os valores referidos estão postos em prática nos serviços?
9. Estão definidas normas de funcionamento?
10. Quais são os serviços e as atividades da Associação?
11. Existem articulações com outros serviços e recursos da comunidade? Com que finalidade? [educação comunidade, serviço comunitário, mobilização de recursos? Ações de defesa de direitos] [Quais são as mais frequentes?]
12. Por favor liste alguns deles por ordem de importância.
13. Esses serviços e recursos tiveram mudanças por causa desta articulação? [Exemplo]
14. O que é um “sucesso” nesta Associação?
15. Quais foram os atores fundamentais dos sucessos?  
Dê um exemplo ...
16. Como, avalia as condições de acessibilidade dos utilizadores à Associação? [geográficas, orgânicas e físicas, financeiras, ...]
17. De que modo é que a Associação procura responder às necessidades/objetivos individuais dos utilizadores? [tipo de acompanhamento, participação nas atividades ...]
18. [apenas para Coordenador(a)] De que forma os utilizadores e famílias se envolvem/participam na Associação? [i) nas atividades/prestação do serviço, ii) organização, iii) relação com a comunidade, iv) nível social?, qual a regularidade temporal]
19. O trabalho/atividade dos técnicos acontece dentro e fora da Associação? A que nível? Como?
20. Como se caracteriza a interação entre todos os participantes (utilizadores, técnicos, famílias...) dentro da Associação? [perceber se é colaborativa, se existem ações em parceria...]
21. Qual o impacto da Associação na comunidade? E na sociedade?
22. Qual o impacto dos profissionais no desenvolvimento da Associação? [isto é, qual a influência dos técnicos na melhoria da mesma]
23. Qual a influência na comunidade alargada [vizinhos, escolas, empresas, outros serviços...]?]
24. Normalmente como se procede à avaliação de resultados da Associação?

## **Informação adicional**

25. Existem necessidades dos utilizadores, não abrangidas, e que a Associação gostaria de ver respondidas? Como?
26. Há mais alguma coisa significativa acerca da Associação/serviço que queira partilhar, e que não tivesse sido referida?





# Guião de Entrevista do Pessoal Técnico da Organização

Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

## Dados da Associação

Designação

Código Associação

--	--	--

## Dados do Técnico(a)

Código Técnico(a)

Sexo

 Homem Mulher

Idade

Anos de colaboração na organização /serviço

Qual a sua função, enquanto técnico(a) nesta organização?

Anos de trabalho em saúde mental

A sua experiência na área da saúde mental tem sido principalmente como:

 Utilizador/a dos serviços de saúde mental Profissional

Quais as suas habilitações académicas (grau e área)

## Formação permanente

Participou em atividades de formação do âmbito da saúde mental?

 Não Sim

Em que domínios?

Foi proporcionada pela organização?

 Não Sim

Sente necessidades de formação? Em que campos?



# Guião de entrevista do Pessoal Técnico da Organização

1. Conhece a história de como surgiu esta Associação? [poderia contar-ma]
2. Quais os principais objetivos da Associação?
3. Na sua opinião, o que caracteriza esta Associação? [a que se destina, qual é o propósito?]
4. Como a descreveria a alguém que nunca teve contacto com ela?
5. Quais são os serviços e atividades da Associação?
6. Os serviços seguem um modelo teórico de referência? Como se designa?
7. Quais os valores ou princípios que orientam os serviços e a intervenção da Associação?
8. Os valores estão definidos numa missão partilhada dentro da Associação? A que níveis? [De que formas?]
9. De que forma é que os valores referidos estão postos em prática nos serviços?
10. Estão definidas normas de funcionamento?
11. Existem articulações com outros serviços e recursos da comunidade? Com que finalidade? [educação comunidade, serviço comunitário, mobilização de recursos? Ações de defesa de direitos] [Quais são as mais frequentes?]
12. Por favor liste alguns deles por ordem de importância.
13. Esses serviços e recursos tiveram mudanças por causa dessa articulação? [Exemplo...]
14. O que é um “sucesso” nesta Associação?
15. Quais foram os atores fundamentais dos sucessos?  
Dê um exemplo ...
16. De que modo é que a Associação procura responder às necessidades/objetivos individuais? [tipo de acompanhamento, participação nas atividades ...]
17. De que forma utilizadores e famílias se envolvem/participam na Associação? [i) nas atividades/prestação do serviço, ii) organização, iii) relação com a comunidade, iv) nível social? Qual regularidade temporal?]
18. Nesta Associação qual é a principal missão dos profissionais? [qual o objetivo dos profissionais]
19. O trabalho/atividade dos técnicos acontece dentro e fora da Associação? Em que áreas? Com que finalidade?
20. Como é que as pessoas com experiência de doença mental e os familiares chegam até à Associação?
21. Quando contactam a Associação, quais são os pedidos de suporte mais comuns feitos pelos utilizadores? E pelos familiares?
22. Como se caracteriza a interação entre todos os participantes (utilizadores, técnicos, famílias...) dentro da organização? [perceber se é colaborativa, se existem ações em parceria...]
23. Qual o impacto dos utilizadores, na Associação? (processos e resultados institucionais) E na comunidade alargada [vizinhos, escolas, empresas, outros serviços...]?]
24. E o impacto da Associação na comunidade? E em termos das políticas?
25. Peço a sua atenção para a história que vou contar, após a qual irei pedir a sua opinião sobre a mesma. [ler história]  
Perante tudo o que foi referido durante a entrevista e a história que apresentámos, qual seria a proposta de processo de intervenção nesta Associação?

## Informação Adicional

26. Existem necessidades dos utilizadores, não abrangidas, e que a Associação gostaria de ver respondidas? Como?
27. Há mais alguma coisa significativa acerca da Associação/serviço que queira partilhar, e que não tivesse sido referida?





(anexo ao guião de entrevista dos técnicos das organizações)

## António, 30 anos

António, de 30 anos de idade, estudou até ao 1º ano da licenciatura de Direito, auferia pensão social, vive em casa dos familiares, mãe e pai, já reformados.

Adoeceu com 18 anos, foi internado por duas vezes, foi diagnosticado com doença mental, esquizofrenia, toma medicação psiquiátrica, tem acompanhamento psiquiátrico na consulta do hospital.

Entretanto, frequentou e concluiu 1 curso de formação profissional subsidiado.

Atualmente, António, passa os dias por casa, no seu quarto, ou vendo televisão na sala. Uma ou outra vez por semana acompanha a mãe para a ajudar nas compras de supermercado semanais.

Neste momento, tanto António como os pais estão bastante apreensivos quanto ao seu futuro e sobre quem o apoiará na sua ausência. António também deseja estar mais ativo, conhecer pessoas e sentir-se realizado.

Na consulta, tiveram conhecimento da Associação, e contactaram para pedir ajuda.

1. Perante esta situação de uma pessoa com doença mental [ler história] e considerando tudo o que foi referido, qual seria a proposta de processo de intervenção nesta Associação?



Anexo 3  
Documentos da aceitação dos artigos publicados



Decision on your submission to the special issue of the GJCPP - Mensagem (HTML)

Mensagem

Responder Responder Reencaminhar a Todos Reencaminhar Eliminar Mover Para a Pasta Criar Regra Outras Ações Bloquear Remetente Não é Publicidade não Solicitada Correo Publicitário Não Solicitado Categorizar Dar Seguimento Marcar Como Não Lida Localizar Relacionado Selecionar Enviar para o OneNote

De: John C. Sylvestre [jsylvest@uottawa.ca] Enviada: qua 30-04-2014 18:12  
Para: Maria F. Monteiro  
Cc: gtownley@pdx.edu  
Assunto: Decision on your submission to the special issue of the GJCPP

Mensagem | Jorge-Monteiro et al ECS\_CMHO\_GJCPP\_10 04 14.JS.docx (160 KB)

Dear Maria,

Thank you for the revised version of your manuscript. Greg and I have had the opportunity to review it and are happy to accept it for publication in the special issue of the GJCPP on Transformative Change in Community Mental Health *pending some final changes included in the attached version of your manuscript*. In addition, in the revised manuscript, we'd also ask you to include in your manuscript the complete name, email address, and one-line bios for all authors on the manuscript. An example from GJCPP is as follows: Dr. Jane Q. Public, Ph.D., is Director of Health Education at Public Health University in Anytown, State/Province, Country.

Please forward the final version of the manuscript to me at this email address. As we begin to prepare the special issue, we may be in touch with you if we receive additional instructions from the journal's editorial team.

Thank you again for your submission.

Regards

John

John Sylvestre, PhD  
Associate Professor  
School of Psychology  
Senior Researcher  
Centre for Research on Educational and Community Services  
University of Ottawa  
Senior Editor  
Canadian Journal of Community Mental Health  
[www.cjcmh.com](http://www.cjcmh.com)  
@CJCMH\_RCSMC

16:31





## **What Transformation? A Qualitative Study of Empowering Settings and Community Mental Health Organizations**

Maria F. Jorge-Monteiro, Rita Aguiar, Beatrice Sacchetto, Maria J. Vargas-Moniz, and José H. Ornelas

ISPA-Instituto Universitário

### **Author Notes:**

Maria F. Jorge-Monteiro, MA, BSW, is PhD candidate in Community Psychology at ISPA-Instituto Universitário;

Rita Aguiar, MA, is PhD candidate in Community Psychology at ISPA-IU;

Beatrice Sacchetto, MA, is PhD candidate in Community Psychology at ISPA-IU;

Maria J. Vargas-Moniz, PhD, Assistant Professor at ISPA-IU;

José H. Ornelas, PhD, Associate Professor, Director of Community Psychology Department at ISPA-IU

Corresponding author:

Maria F. Jorge-Monteiro

Address: Rua Jardim do Tabaco, 34, 1149-041, Lisboa, Portugal

Telephone: 00351962475195

Email: [maria\\_monteiro@ispa.pt](mailto:maria_monteiro@ispa.pt)

**Keywords:** Empowering community settings, mental health, transformative change, case study

**Recommended Citation:** Jorge-Monteiro, M.F., Aguiar, R., Sacchetto, B., Vargas-Moniz, M., & Ornelas, J.H. (2014). What Transformation? A Qualitative Study of Empowering Settings and Community Mental Health Organizations. *Global Journal of Community Psychology Practice*, 5(1), 1-13. Retrieved Day/Month/Year, from (<http://www.gjcpp.org/>).



Re: Author version proof: 6764851781343318, International Journal of Mental Health Systems - Mensagem (HTML)

Mensagem


Responder Responder a Todos Reencaminhar a Todos Eliminar Mover Para a Pasta Criar Regra Outras Ações Bloquear Remetente Listas Seguras Não é Publicidade não Solicitada Correo Publicitário Não Solicitado Categorizar Dar Seguimento Marcar Como Não Lida Localizar Relacionado Selecionar Enviar para o OneNote

Respondeu em 17-11-2014 11:27.  
Esta mensagem faz parte de uma conversa controlada. Clique aqui para localizar todas as mensagens relacionadas ou para abrir a mensagem sinalizada original.

De: Harry Minas [h.minas@unimelb.edu.au] Enviada: dom 16-11-2014 21:54  
Para: Maria F. Monteiro  
Cc: bmcproductionteam@spi-global.com  
Assunto: Re: Author version proof: 6764851781343318, International Journal of Mental Health Systems

Dear Ms Monteiro

Your manuscript has been accepted for publication in IJMHS.  
All communications concerning the manuscript should now be with the BMC Production Team.  
The Editorial staff is not involved in the production phase of publication. Emails sent to <[ed-ijmhs@lists.unimelb.edu.au](mailto:ed-ijmhs@lists.unimelb.edu.au)> do not go to the Production Team.

Sincerely  
**Harry Minas**, Editor-in-Chief  
 INTERNATIONAL JOURNAL OF MENTAL HEALTH SYSTEMS

-----Original Message-----  
From: "Maria F. Monteiro" <[Maria\\_Monteiro@ispa.pt](mailto:Maria_Monteiro@ispa.pt)>  
Date: Saturday, 15 November 2014 12:15 am  
To: "ed-ijmhs (Mailing List)" <[ed-ijmhs@lists.unimelb.edu.au](mailto:ed-ijmhs@lists.unimelb.edu.au)>  
Subject: FW: Author version proof: 6764851781343318, International Journal of Mental Health Systems

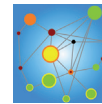
To  
IJMHS

De: Maria F. Monteiro  
Enviado: sexta-feira, 14 de Novembro de 2014 13:02  
Para: [bmcproductionteam@spi-global.com](mailto:bmcproductionteam@spi-global.com)  
Assunto: FW: Author version proof: 6764851781343318, International Journal of Mental Health Systems

BioMed Central Production Team

16:28





RESEARCH

Open Access

# Properties of the Portuguese version of the empowerment scale with mental health organization users

Maria Fátima Jorge-Monteiro\* and José Henrique Ornelas

## Abstract

**Background:** This study examines the reliability and validity of the Portuguese version of the Empowerment Scale (ES) to be used in the community/psychosocial mental health field. Authors also reviewed the properties of the development and cross-cultural adaptation of the ES. Because mental health services are required to encourage empowerment and recovery-oriented interventions, adequate empowerment-oriented outcome measures are needed to evaluate services and study interventions across countries.

**Methods:** The current research was part of a larger research project with 213 participants. A confirmatory factor analysis (CFA) was conducted to observe the ES's construct-related validity, and a reliability analysis for internal consistency. The ES concurrent validity with the recovery and psychiatric symptoms measures was also assessed using the Pearson's correlation coefficient.

**Results:** The CFA supported the five-factor configuration for the refined model of measure as satisfactory. The Portuguese version of the ES presented an overall satisfactory reliability ( $\alpha = .79$ ) and was positively correlated with personal recovery ( $r = .71$ ) and inversely with psychiatric symptoms ( $r = -.22$ ).

**Conclusions:** The overall scale was considered reliable and valid to be used by Portuguese researchers and practitioners to evaluate empowering interventions in mental health services. Furthermore, in the effort to increase ES construct-related validity, this article suggests further improvements to enhance the empowerment measure.

**Keywords:** Empowerment scale, Reliability, Validity, Mental health

## Background

Nowadays, mental health services in the community are required to develop empowerment and recovery-oriented approaches that challenge traditional structures and processes in mental health practice [1,2]. This transformation is intended to facilitate community integration, recovery, and to strengthen the participation, as well as the social and political power of people with mental health issues that use those services [3-6].

Community-based research suggested that community and organizational participation fosters the developmental process of personal, social and civic empowerment [7]. Research conducted by consumer-run organizations also

revealed increased personal empowerment from participating in strength-based challenging initiatives [8-10].

In the mental health field the concept of empowerment was introduced by the mutual help and advocacy movement [4] and also studied in community psychology [11]. Definitions of empowerment address the multidimensionality and the multi-level aspects of concept as it comprises individual, social and political components [12,13], whether referring to individuals, groups or communities [14].

Previously published accounts [15], considered it a continuous process of individual development of personal capacity and of community participation: individuals have awareness, optimism for the future, and confidence about decisions, thus revealing agency, and the ability to contribute to collective goals. Authors such as MA Zimmerman and J Rappaport [16] or KI Maton and AE Brodsky [7] viewed empowerment as a principle for action involving

\* Correspondence: maria\_monteiro@ispa.pt

ISPA - Instituto Universitário, Rua Jardim do Tabaco, 34, 1149-041 Lisboa, Portugal



Submission PAS-2014-1643R2 - Mensagem (HTML)

Mensagem

Responder Responder a Todos Reencaminhar a Todos Eliminar Mover Para a Pasta Criar Regra Outras Ações Bloquear Remetente Não é Publicidade não Solicitada Correo Publicitário Não Solicitado Categorizar Dar Seguimento Marcar Como Não Lida Localizar Relacionado Selecionar Enviar para o OneNote

Dar seguimento. Começar por quinta-feira, 11 de Junho de 2015. Concluir até quinta-feira, 11 de Junho de 2015.  
Respondeu " " em quinta-feira, 11 de Junho de 2015 22:37.

De: em.pas.3cc50.42d1b7.f16c929f@editorialmanager.com em nome de Cecl Reynolds [em@editorialmanager.com] Enviada: qui 30-04-2015 14:53  
Para: Maria F. Monteiro  
Cc:  
Assunto: Submission PAS-2014-1643R2

Manuscript No. PAS-2014-1643R2  
"Recovery Assessment Scale: Testing validity with Portuguese community-based mental health organization users"

Dear Dr. Jorge-Monteiro,

I am writing about your latest submission to *Psychological Assessment*, titled "Recovery Assessment Scale: Testing validity with Portuguese community-based mental health organization users." I have reviewed the manuscript and have examined the changes you made in this version. At this time, I am happy to accept it for publication. I think it will make an excellent contribution to the psychological literature. You responded carefully to each of the three independent reviewers and myself. I very much appreciate your attention to detail and the comprehensiveness of your responses. Best of luck in your continuing work on this topic.

Our editorial coordinator, Angela Clinton, will be emailing you soon with information regarding preparing your manuscript for publication.

Thank you for submitting your work to *Psychological Assessment*.

Cordially,

Antonio E. Puente  
Associate Editor  
*Psychological Assessment*

16:22



## RESEARCH ON TRANSLATIONS OF TESTS

Recovery Assessment Scale: Testing Validity With Portuguese  
Community-Based Mental Health Organization UsersMaria F. Jorge-Monteiro and José H. Ornelas  
ISPA–Instituto Universitário

The aim of the present study was to develop the Portuguese version of the Recovery Assessment Scale (RAS-P), and to assess the validity of the findings using the revised test, with 213 users from 5 nonprofit community-based mental health organizations. Participants in the assessment completed a self-reported survey investigating their sense of personal recovery, personal empowerment, capabilities achievement, psychiatric symptoms' frequency, and demographic data. Evidence from exploratory and confirmatory factor analyses using the 24-item version of the test, validated a 4-factor structure for the RAS-P model based on the dimensions of Personal Goals and Hope, Managing Help Needs, Supportive Interpersonal Relationships, and Life Beyond Symptoms, consistent with components of the recovery process. Convergent and discriminant validity was also achieved using bivariate correlation coefficients among the 4 subscales' scores, between the overall scale and the subscales, and in relation to external variables. Findings allowed for the interpretation that the RAS-P is measuring a particular psychological construct, which is different from symptoms of the mental illness. A hypothesized significant association with personal empowerment and with capabilities achievement was demonstrated. Positive association was also found between participants' use of recovery-oriented services such as independent housing or supported employment programs. The RAS-P scores also revealed excellent internal consistency for the overall scale ( $\alpha = .90$ ), and good consistency for the subscales ( $>.75$ ), which attest to its precision in measurement. In conclusion, the study proved the RAS-P a reliable and useful tool in the context of the community mental health practice.

*Keywords:* recovery, scale, reliability, validity, Portuguese

*Supplemental materials:* <http://dx.doi.org/10.1037/pas0000176.supp>

The vision of *recovery* was initially developed through the narratives of people who have experienced mental illness, introducing new perspectives on the possibilities of growth and life achievement of people diagnosed with a mental condition (Ahern & Fisher, 1999; Chamberlin, 1984; Deegan, 1988, 2005; Leete, 1989; Lovejoy, 1982). Since then, an increasing number of studies have described the recovery concept as being a multidimensional construct and evolutionary process, incorporating spheres that go beyond the hardships of experiencing a mental illness. Mental illness recovery is now understood to involve hope for the future,

to reveal a positive identity development, the establishment of personal meaningful goals and accountability, feeling included and connected with others, and contributing to community life, (Andresen, Oades, & Caputi, 2003; Jacobson & Greenley, 2001; Lloyd, Waghorn, & Williams, 2008; Onken, Craig, Ridgway, Ralph, & Cook, 2007; Ralph, 2000; Sells et al., 2006; Slade et al., 2012; Young & Ensing, 1999).

The traditional perspectives in mental health that assigned a path of poor social functioning for every person with a diagnosis of mental illness were challenged by longitudinal and qualitative research evidence regarding personal recovery in mental illness (Davidson, Harding, & Spaniol, 2005; Davidson, Sells, Songster, & O'Connell, 2005; Hancock, Bundy, Honey, Helich, & Tamsett, 2013; Harding, Brooks, Ashikaga, Strauss, & Breier, 2005; Ridgway, 2001).

Published accounts also highlighted the association between the recovery process and the participation in empowering settings (Brown, 2009; Corrigan, 2006; Randall & Salem, 2005). An individual's empowerment is indeed considered a component or a moderator of the personal recovery process (Brown, 2012; Fisher, 1994; Ralph, 2000; Rappaport, 1993).

Several authors proposed the introduction of Nussbaum's (2000) capabilities framework in the mental health service system,

---

Maria F. Jorge-Monteiro and José H. Ornelas, Department of Clinical and Health Psychology, ISPA–Instituto Universitário.

We research was supported through the Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT–PTDC/PSI-PCL/113301/2009 and BD/65518/2009). We thank a group of users and practitioners from Associação para o Estudo e Integração Psicossocial (AEIPS) for the collaboration in the translation of test into Portuguese, and the research team for the assistance in collecting and preparing the data used in the study.

Correspondence concerning this article should be addressed to Maria F. Jorge-Monteiro, ISPA–Instituto Universitário, Rua Jardim do Tabaco, 34, 1149-041, Lisboa, Portugal. E-mail: [maria\\_monteiro@ispa.pt](mailto:maria_monteiro@ispa.pt)



http://www.editorialmanager.com/comh/default.aspx

Editorial Manager®

Google

Página Segurança Ferramentas

COMUNITY MENTAL HEALTH JOURNAL

Editorial Manager®

HOME • LOGOUT • HELP • REGISTER • UPDATE MY INFORMATION • JOURNAL OVERVIEW  
 MAIN MENU • CONTACT US • SUBMIT A MANUSCRIPT • INSTRUCTIONS FOR AUTHORS

Role: Author Username: Maria Fátima Jorge-Monteiro

**Submissions Being Processed for Author Maria Fátima Jorge-Monteiro, M.D.**

Page: 1 of 1 (1 total submissions) Display 10 results per page.

Action	Manuscript Number	Title	Initial Date Submitted	Status Date	Current Status
<a href="#">Action Links</a>	COMH-D-15-00110	"What's wrong with the seed?" A comparative examination of an empowering community-centered approach to recovery in community mental health	Jun 10, 2015	Jun 11, 2015	Editor Invited

Page: 1 of 1 (1 total submissions) Display 10 results per page.

<< Author Main Menu

http://www.editorialmanager.com/comh/logout.asp

16:40



Anexo 4  
Outputs dos capítulos 2 e 3



## OUTPUTS - *CAPÍTULO 2*

### Model Fit Summary - 25 items

#### CMIN

Model	NPAR	CMIN	DF	P	CMIN/DF
Default model	60	585,602	265	,000	2,210
Saturated model	325	,000	0		
Independence model	25	1758,918	300	,000	5,863

#### RMR, GFI

Model	RMR	GFI	AGFI	PGFI
Default model	,055	,813	,771	,663
Saturated model	,000	1,000		
Independence model	,130	,422	,374	,390

#### Baseline Comparisons

Model	NFI Delta1	RFI rho1	IFI Delta2	TLI rho2	CFI
Default model	,667	,623	,785	,751	,780
Saturated model	1,000		1,000		1,000
Independence model	,000	,000	,000	,000	,000

#### Parsimony-Adjusted Measures

Model	PRATIO	PNFI	PCFI
Default model	,883	,589	,689
Saturated model	,000	,000	,000
Independence model	1,000	,000	,000

#### NCP

Model	NCP	LO 90	HI 90
Default model	320,602	254,406	394,530
Saturated model	,000	,000	,000
Independence model	1458,918	1330,654	1594,647

#### FMIN

Model	FMIN	F0	LO 90	HI 90
Default model	2,762	1,512	1,200	1,861
Saturated model	,000	,000	,000	,000
Independence model	8,297	6,882	6,277	7,522

## OUTPUTS - *CAPÍTULO 2*

### RMSEA

Model	RMSEA	LO 90	HI 90	PCLOSE
Default model	,076	,067	,084	,000
Independence model	,151	,145	,158	,000

### AIC

Model	AIC	BCC	BIC	CAIC
Default model	705,602	722,377	907,280	967,280
Saturated model	650,000	740,860	1742,420	2067,420
Independence model	1808,918	1815,907	1892,950	1917,950

### ECVI

Model	ECVI	LO 90	HI 90	MECVI
Default model	3,328	3,016	3,677	3,407
Saturated model	3,066	3,066	3,066	3,495
Independence model	8,533	7,928	9,173	8,566

### HOELTER

Model	HOELTER .05	HOELTER .01
Default model	111	117
Independence model	42	44

## OUTPUTS - *CAPÍTULO 2*

### Model Fit Summary - 20 items

#### CMIN

Model	NPAR	CMIN	DF	P	CMIN/DF
Default model	51	282,820	159	,000	1,779
Saturated model	210	,000	0		
Independence model	20	1385,951	190	,000	7,294

#### RMR, GFI

Model	RMR	GFI	AGFI	PGFI
Default model	,039	,886	,849	,671
Saturated model	,000	1,000		
Independence model	,144	,423	,362	,383

#### Baseline Comparisons

Model	NFI Delta1	RFI rho1	IFI Delta2	TLI rho2	CFI
Default model	,796	,756	,899	,876	,896
Saturated model	1,000		1,000		1,000
Independence model	,000	,000	,000	,000	,000

#### Parsimony-Adjusted Measures

Model	PRATIO	PNFI	PCFI
Default model	,837	,666	,750
Saturated model	,000	,000	,000
Independence model	1,000	,000	,000

#### NCP

Model	NCP	LO 90	HI 90
Default model	123,820	80,792	174,699
Saturated model	,000	,000	,000
Independence model	1195,951	1081,440	1317,916

#### FMIN

Model	FMIN	F0	LO 90	HI 90
Default model	1,334	,584	,381	,824
Saturated model	,000	,000	,000	,000
Independence model	6,538	5,641	5,101	6,217

## OUTPUTS - *CAPÍTULO 2*

### RMSEA

Model	RMSEA	LO 90	HI 90	PCLOSE
Default model	,061	,049	,072	,066
Independence model	,172	,164	,181	,000

### AIC

Model	AIC	BCC	BIC	CAIC
Default model	384,820	396,035	556,246	607,246
Saturated model	420,000	466,178	1125,871	1335,871
Independence model	1425,951	1430,349	1493,177	1513,177

### ECVI

Model	ECVI	LO 90	HI 90	MECVI
Default model	1,815	1,612	2,055	1,868
Saturated model	1,981	1,981	1,981	2,199
Independence model	6,726	6,186	7,301	6,747

### HOELTER

Model	HOELTER .05	HOELTER .01
Default model	142	153
Independence model	35	37

## OUTPUTS - *CAPÍTULO 3*

**Model Fit Summary** - 24 items, 5 factores

### CMIN

Model	NPAR	CMIN	DF	P	CMIN/DF
Default model	60	510,479	240	,000	2,127
Saturated model	300	,000	0		
Independence model	24	2266,044	276	,000	8,210

### RMR, GFI

Model	RMR	GFI	AGFI	PGFI
Default model	,065	,835	,793	,668
Saturated model	,000	1,000		
Independence model	,266	,293	,232	,270

### Baseline Comparisons

Model	NFI Delta1	RFI rho1	IFI Delta2	TLI rho2	CFI
Default model	,775	,741	,866	,844	,864
Saturated model	1,000		1,000		1,000
Independence model	,000	,000	,000	,000	,000

### Parsimony-Adjusted Measures

Model	PRATIO	PNFI	PCFI
Default model	,870	,674	,751
Saturated model	,000	,000	,000
Independence model	1,000	,000	,000

### NCP

Model	NCP	LO 90	HI 90
Default model	270,479	209,311	339,399
Saturated model	,000	,000	,000
Independence model	1990,044	1841,947	2145,555

### FMIN

Model	FMIN	F0	LO 90	HI 90
Default model	2,408	1,276	,987	1,601
Saturated model	,000	,000	,000	,000
Independence model	10,689	9,387	8,688	10,121

### OUTPUTS - *CAPÍTULO 3*

#### RMSEA

Model	RMSEA	LO 90	HI 90	PCLOSE
Default model	,073	,064	,082	,000
Independence model	,184	,177	,191	,000

#### AIC

Model	AIC	BCC	BIC	CAIC
Default model	630,479	646,522	832,157	892,157
Saturated model	600,000	680,214	1608,388	1908,388
Independence model	2314,044	2320,461	2394,715	2418,715

#### ECVI

Model	ECVI	LO 90	HI 90	MECVI
Default model	2,974	2,685	3,299	3,050
Saturated model	2,830	2,830	2,830	3,209
Independence model	10,915	10,217	11,649	10,946

#### HOELTER

Model	HOELTER .05	HOELTER .01
Default model	116	123
Independence model	30	32

## OUTPUTS - *CAPÍTULO 3*

**Model Fit Summary** - 22 items, 4 factores

### CMIN

Model	NPAR	CMIN	DF	P	CMIN/DF
Default model	52	353,505	201	,000	1,759
Saturated model	253	,000	0		
Independence model	22	1989,673	231	,000	8,613

### RMR, GFI

Model	RMR	GFI	AGFI	PGFI
Default model	,053	,874	,841	,694
Saturated model	,000	1,000		
Independence model	,271	,313	,248	,286

### Baseline Comparisons

Model	NFI Delta1	RFI rho1	IFI Delta2	TLI rho2	CFI
Default model	,822	,796	,915	,900	,913
Saturated model	1,000		1,000		1,000
Independence model	,000	,000	,000	,000	,000

### Parsimony-Adjusted Measures

Model	PRATIO	PNFI	PCFI
Default model	,870	,716	,795
Saturated model	,000	,000	,000
Independence model	1,000	,000	,000

### NCP

Model	NCP	LO 90	HI 90
Default model	152,505	104,066	208,801
Saturated model	,000	,000	,000
Independence model	1758,673	1619,921	1904,844

### FMIN

Model	FMIN	F0	LO 90	HI 90
Default model	1,667	,719	,491	,985
Saturated model	,000	,000	,000	,000
Independence model	9,385	8,296	7,641	8,985

### OUTPUTS - *CAPÍTULO 3*

#### RMSEA

Model	RMSEA	LO 90	HI 90	PCLOSE
Default model	,060	,049	,070	,060
Independence model	,190	,182	,197	,000

#### AIC

Model	AIC	BCC	BIC	CAIC
Default model	457,505	470,161	632,292	684,292
Saturated model	506,000	567,577	1356,407	1609,407
Independence model	2033,673	2039,027	2107,621	2129,621

#### ECVI

Model	ECVI	LO 90	HI 90	MECVI
Default model	2,158	1,930	2,424	2,218
Saturated model	2,387	2,387	2,387	2,677
Independence model	9,593	8,938	10,282	9,618

#### HOELTER

Model	HOELTER .05	HOELTER .01
Default model	141	151
Independence model	29	31

Anexo 5  
Outputs do capítulo 4



1 - Dimensões de recovery em organizações de saúde mental comunitária:

Resultados preliminares

Jorge-Monteiro, M. F.; & Ornelas, J. H.

ISPA, Instituto Universitário

Correspondência para:

Maria F. Jorge-Monteiro

Adress: Rua Jardim do Tabaco, 34, 1149-041, Lisboa, Portugal

Email: [maria\\_monteiro@ispa.pt](mailto:maria_monteiro@ispa.pt)

(proposta de comunicação)



Dimensões de *recovery* em organizações de saúde mental comunitária:

Resultados preliminares de estudo qualitativo

Autores: Maria Fátima Jorge-Monteiro e José Ornelas, ISPA-IU

O desenvolvimento de modelos comunitários que promovam a mudança transformativa nas organizações de saúde mental comunitária (OSMC) e favoreçam o *recovery* e a integração comunitária dos seus utilizadores, é um requisito no campo da saúde mental.

O presente estudo pretende discutir como a *orientação para o recovery* (modelo de empowerment versus modelo de reabilitação) adoptada pelas OSMC se reflecte na respectiva missão, valores, características organizacionais e nas suas intervenções.

Inserido num projecto de investigação mais vasto, para este estudo, foram entrevistados 40 participantes, subdivididos em utilizadores, administradores de serviços e pessoal técnico das organizações. Os participantes eram provenientes de cinco OSMC similares consideradas representativas. Os guiões de entrevista foram desenvolvidos colaborativamente entre as equipas da parceria de investigação “comunidade-universidade”. A investigação utilizou uma análise temática a partir dos modelos teóricos que foram previamente adaptados. Os resultados preliminares permitiram verificar que a adopção do modelo de empowerment ou modelo de reabilitação está relacionada com diferentes dimensões manifestas *da orientação para o recovery*, nas organizações. Em conclusão, a aplicação da teoria de empowerment parece oferecer uma grelha para corresponder às necessidades de mudança no sistema de saúde mental.

Proposta para o Congresso Nacional de Psicologia Comunitária, Porto, 2014



# **Dimensões de Recovery em organizações de saúde mental comunitária**

resultados preliminares de estudo qualitativo

**Maria Fátima Jorge-Monteiro  
José Henrique Ornelas**

4 - 6 Dez 2014, FPCEUP, Porto

- “Se plantarmos uma semente no deserto, podemos esperar que ela floresça? Ou pensamos modificar as condições do ambiente que a envolve?”, Patrícia Deegan
- ↓
- **Conhecer e/ou transformar as características do ambiente OSMC (orientação p/ recovery)\***

# Fundamentação

- **Recovery** – um processo relacionado com a definição de objectivos pessoais, perspectiva de futuro, individualização do suporte e empowerment dos participantes dos serviços sendo o contexto da comunidade o ambiente mais propício para ele florescer (Davidson et al., 2002, 2009, Fisher, 1994; O’Connell et al., 2005)



**INTEGRAÇÃO COMUNITÁRIA  
EMPOWERMENT**

## 2 dimensões-chave

- ligação entre os indivíduos e com a comunidade (integração comunitária)
- participação das pessoas com doença mental (empowerment) nos serviços e na comunidade

# Fundamentação

- O desafio do **empowerment** para as OCSM está na alteração das relações de poder entre participantes e prestadores dos serviços, em aceder e participar a papéis sociais com significado (Brown, 2009; Chamberlim, 1997; Fisher & Spiro, 2010)
- O elemento transformador da **integração comunitária** para OCSM refere-se à criação de oportunidades reais para uma “vida plena na comunidade”, estabelecer ligações e usar os ambientes naturais (Nelson et al., 2014, Ware et al., 2007)

# Procedimento e Análise

- O objectivo do estudo foi conhecer a orientação para o recovery de cinco OCSM em termos de valores, objectivos e práticas.
- Análise das entrevistas a partir da grelha de empowerment previamente adaptada para a orientação de recovery dos serviços (Davidson et al., 2002; Jorge-Monteiro et al., 2014, O'Connell et al., 2005, Slade, 2009)

Valores da Organização	Objectivos e Práticas
<ul style="list-style-type: none"><li>• Valores de Recovery (identificação de objectivos, orientação para a comunidade, participação)</li><li>• Controlo do Plano Individual pelos participantes</li><li>• Colaboração</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Focada na integração comunitária</li><li>• Ajustamento do serviço aos objectivos do participante</li><li>• Envolvimento do participante a vários níveis</li><li>• Actividades de Pares</li><li>• Relação colaborativa</li><li>• Diversidade de papéis sociais</li></ul>

# Procedimento e Análise

- As entrevistas foram gravadas nas OCSM (30 min a 1hr 30 min) pelas investigadoras. O consentimento do/as participantes foi dado por escrito.
- O guião foi desenvolvido de forma colaborativa. Exemplos de questões abertas:
  - Quais is principais objectivos da Associação? Os valores estão definidos numa missão que é partilhada? Como é que a Associação responde aos objectivos/necessidades dos utilizadores?
- Algumas questões foram adaptadas para os participantes, tais como:
  - Que actividade da Associação é que mais valoriza? Quais foram os momentos marcantes/significativos ao longo da sua participação na Associação? Quais foram os ganhos pessoais por participar na Associação?

# Participantes

- 40 entrevistas semi-estruturadas a administradores de serviços (n=10), técnicos (n=10) e participantes das organizações (n=20)
- Por cada organização:
  - 1 administrador/a + 1 coordenador/a
  - 2 técnicos seleccionados de lista do serviço
  - 4 participantes seleccionados da lista do estudo quantitativo

	Profissionais	Participantes
	N (%)	N (%)
Homens	2 (10%)	12 (60%)
Mulheres	18 (90%)	8 (40%)
	M (±)	M (±)
Idade	37.75, ±7.52	40.50, ± 8.78
Anos na organização	10.40, ±5.72	6.13, ±4.09

# Resultados

## Orientação para o Recovery nas OCSM

Frequência média dos temas de EMP-INT no conjunto das entrevistas por organização (n =8) e por grupo de entrevistados (n =20)

OSMC	Valores (ICC= .96)		Objetivos (ICC= .78)		Práticas (ICC= .93)	
	A	B	A	B	A	B
A	62	7	48	16	86	17
B	7	6	16	18	17	18
C	6	2	18	11	18	18
D	2	14	11	17	18	18
E	14		17		18	
Prof	72		34		106	
Part	19		51		77	

# Resultados

## Orientação para o Recovery nas OSMC - Total

- A análise revelou maior presença de temas de empowerment e integração comunitária (EMP\_INT) numa organização (A) e presença mais homogênea mas menor nas restantes organizações (B, C, D e E) (ICC=.97)

Temas	A (N = 8)		B (N = 8)		C (N = 8)		D (N = 8)		E (N = 8)		F	p
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
Total	8.19	4.40	1.67	.88	1.76	.58	1.25	.50	2.04	1.27	15.32	<.001

### Temas de EMP-INT entre profissionais e participantes das OSMC

Temas	Profissionais (N =20)		Participantes (N =20)		t	p
	M	SD	M	SD		
Total	3.53	4.37	2.43	1.72	1.05	.301

# Resultados

## Orientação para o Recovery – Valores

Valores EMP-INT entre profissionais e participantes das OSMC

Temas	Profissionais (N = 20)		Participantes (N = 20)		t	p
	M	SD	M	SD		
Valores	3.60	5.12	.93	.92	2.06	.053

...

*“A [OCSM] acredita ... que as pessoas têm potencialidades e transmitem esses valores às pessoas para progredirem na sua carreira e na sua vida” (PAR)*

*“O Recovery ...uma nova experiência de vida... esse é um dos princípios-chave... também se relaciona com o empowerment, assim como a possibilidade de encontrar recursos, assumirem as responsabilidades, as suas liberdades de escolha ... isto tem a ver com emprego, educação, (...) cidadania” (PRO)*

# Resultados

## Orientação para o Recovery - Objectivos

Objectivos EMP-INT por profissionais e participantes das OSMC

Temas	Profissionais (N =20)		Participantes (N = 20)			
	M	SD	M	SD	t	p
Objectivos	1.70	2.02	3.83	2.21	-3.19	.003



“ os principais objectivos da [OCSM] é integrar a pessoa na sociedade e enfrentar a sociedade no di-a-dia” (PAR)

“deixei um pouco de parte a ideia de haver uma doença mental ... deixei de me preocupar com esse aspecto...” (PAR)

“que eles próprios se sintam capazes de tomar decisões nas suas vidas e de serem os actores principais ...” (PRO)

“ ... o suporte individual, definindo os objectivos, as metas que uma pessoa quer atingir, ...identificando recursos que podem ser mobilizados e também avaliando o projecto” (PRO)

# Resultados

## Orientação para o Recovery – Práticas

Práticas EMP-INT por profissionais e participantes das OSMC

Temas	Profissionais (N =20)		Participantes (N =20)		t	p
	M	SD	M	SD		
Práticas	5.30	5.99	2.53	3.01	1.85	.073

“já fiz dois debates da minha autoria exclusivamente” (PAR)

“[grupo de acolhimento] me ajudou a conhecer as pessoas, foi assim que me dei a conhecer, assim me ajudaram a dialogar... a interagir “(PAR)

“queremos conhecer as pessoas, perceber quais são as suas potencialidades, aquilo que elas gostam de fazer, os seus interesses, não nos focalizamos nos sintomas” (PRO)

“a integração comunitária vai implicar uma articulação, estabelecimento de pontes constantes com os recursos da comunidade, com empresas, com escolas, com juntas de freguesia, com centros culturais e de lazer ... os serviços estão voltados para isso, de forma individualizada, o nosso papel é fazer com que a pessoa consiga aceder a esse objectivo” (PRO)

# Conclusões

- A orientação para o Recovery com base nos pressupostos de EMP-INT, tem grande expressão numa das organizações mas está pouco desenvolvida nas restantes OCSM analisadas, à excepção da individualização do suporte, o qual foi transversal a todas.
- Esta diferença foi regular para a análise ao nível dos valores, objectivos e práticas.
- A análise por grupo de entrevistado/a, não verificou diferenças significativas globais e nas práticas, **pressupondo coerência dos dados dentro das organizações.**
- Contudo destaca-se a diferença encontrada entre PRO e PAR no caso dos Objectivos e uma quase significativa diferença de Valores
- Pretende-se ainda o aprofundamento futuro destes dados em termos multidimensionais por organização
- Os resultados preliminares contribuem já para a reflexão acerca da **transformação para o Recovery por parte das OCSM.**

Obrigado pela atenção!

## OUTPUTS - *CAPÍTULO 4*

Variable	AEIPS	Others	Difference	St dev	Stand.	Matched	Dif.	Stand.
					Mean		Others	Set
idade_2012	40,8	42,17	-1,37	9,061	0,151	40,46	-0,34	0,038
Sexo	0,312	0,342	-0,03	0,466	0,064	0,3	-0,012	0,026
Esquizofrenia	0,591	0,583	0,008	0,494	0,016	0,624	0,033	0,067
Bipolar	0,151	0,158	-0,007	0,36	0,019	0,151	0	0,000
Depressão	0,075	0,133	-0,058	0,265	0,219	0,065	-0,01	0,038
SemAbrigo	0,247	0,2	0,047	0,434	0,108	0,23	-0,017	0,039
Internamento	0,71	0,8	-0,09	0,456	0,197	0,76	0,05	0,110
AbusoPlugged	0,355	0,275	0,08	0,481	0,166	0,33	-0,025	0,052

## OUTPUTS - *CAPÍTULO 4*

SPLIT FILE OFF.

```
FREQUENCIES VARIABLES=Sexo TipDiagnóstico SemAbrigo Age Live_with Membersh
ip Academic_Degree
    Employment_Status
/STATISTICS=MINIMUM MAXIMUM SKEWNESS SESKEW KURTOSIS SEKURT
/ORDER=ANALYSIS.
```

### Frequencies

[DataSet1] C:\Users\maria\_monteiro\Documents\TESE\RELATÓRIO\ANEXOS outputs  
 \BD\_Geral\_5K\_36\_matched\_sampleEMP-COM.sav

**Statistics**

		Sexo	Se sim, qual?	Alguma vez se encontrou em situação de sem-abrigo?	ages ranges	Com quem vive
N	Valid	186	184	186	186	186
	Missing	0	2	0	0	0
	Skewness	,846	1,110	1,250	,262	-,053
	Std. Error of Skewness	,178	,179	,178	,178	,178
	Kurtosis	-1,298	-,376	-,443	-1,952	-,820
	Std. Error of Kurtosis	,355	,356	,355	,355	,355
	Minimum	0	1	0	0	1
	Maximum	1	4	1	1	3

**Statistics**

		Anos no Programa	Attended	personal economy
N	Valid	186	185	186
	Missing	0	1	0
	Skewness	,421	,599	-,206
	Std. Error of Skewness	,178	,179	,178
	Kurtosis	-1,843	-1,102	-,161
	Std. Error of Kurtosis	,355	,355	,355
	Minimum	1	1	1
	Maximum	2	3	4

### Frequency Table

## OUTPUTS - CAPÍTULO 4

### Sexo

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Homem	129	69,4	69,4	69,4
Mulher	57	30,6	30,6	100,0
Total	186	100,0	100,0	

### Se sim, qual?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Esquizofrenia	113	60,8	61,4	61,4
Psicose Bipolar	28	15,1	15,2	76,6
Depressão Maior	13	7,0	7,1	83,7
Outro	30	16,1	16,3	100,0
Total	184	98,9	100,0	
Missing 999	2	1,1		
Total	186	100,0		

### Alguma vez se encontrou em situação de sem-abrigo?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	142	76,3	76,3	76,3
Sim	44	23,7	23,7	100,0
Total	186	100,0	100,0	

### ages ranges

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Mais de 40anos	105	56,5	56,5	56,5
Menos ou igual 40 anos	81	43,5	43,5	100,0
Total	186	100,0	100,0	

### Com quem vive

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Alone, partner or children	39	21,0	21,0	21,0
Family	100	53,8	53,8	74,7
Others (no family)	47	25,3	25,3	100,0
Total	186	100,0	100,0	

### Anos no Programa

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Menos ou igual 5 anos	112	60,2	60,2	60,2
2	74	39,8	39,8	100,0
Total	186	100,0	100,0	

## OUTPUTS - CAPÍTULO 4

### Attended

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 9 yrs	93	50,0	50,3	50,3
12 yrs	56	30,1	30,3	80,5
university	36	19,4	19,5	100,0
Total	185	99,5	100,0	
Missing System	1	,5		
Total	186	100,0		

### personal economy

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid employed	11	5,9	5,9	5,9
Unemployed	64	34,4	34,4	40,3
retired	94	50,5	50,5	90,9
trainee	17	9,1	9,1	100,0
Total	186	100,0	100,0	

DESCRIPTIVES VARIABLES=RAS22 RASPGH RASMHN RASSIR RASNDS BUES20 BUESCA BUESCE CIQ\_POR

NrInternamento csi14\_total

/STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX KURTOSIS SKEWNESS.

## Descriptives

[DataSet1] C:\Users\maria\_monteiro\Documents\TESE\RELATÓRIO\ANEXOS outputs  
 \BD\_Geral\_5K\_36\_matched\_sampleEMP-COM.sav

### Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Skewness
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic
RAS22	186	2,50	5,00	3,8976	,53302	-,196
RASPGH	186	2,00	5,00	3,9946	,60652	-,306
RASMHN	186	2,00	5,00	4,0520	,67494	-,420
RASSIR	186	1,50	5,00	4,0780	,64250	-,932
RASNDS	186	1,33	5,00	3,5547	,77042	-,617
BUES20	186	2,05	3,70	2,8247	,34442	,279
BUESCA	186	1,20	4,00	3,1914	,48850	-,285
BUESCE	186	1,25	4,00	3,0020	,52641	-,152
CIQ_POR	186	2	24	13,10	4,435	,258
Se sim, quantas vezes?	180	0	30	2,79	3,941	3,506
csi14_total	186	1,00	4,71	2,2346	,82072	,646
Valid N (listwise)	180					

## OUTPUTS - *CAPÍTULO 4*

### Descriptive Statistics

	Skewness	Kurtosis	
	Std. Error	Statistic	Std. Error
RAS22	,178	-,048	,355
RASPGH	,178	,290	,355
RASMHN	,178	,098	,355
RASSIR	,178	1,755	,355
RASNDS	,178	,583	,355
BUES20	,178	-,133	,355
BUESCA	,178	,967	,355
BUESCE	,178	,530	,355
CIQ_POR	,178	-,164	,355
Se sim, quantas vezes?	,181	17,121	,360
csi14_total	,178	-,044	,355
Valid N (listwise)			

### CORRELATIONS

```
/VARIABLES=HabInd ResidGrupo EmpApoiado ActOcupOrg csi14_total RAS22 BUE
S20 CIQ_POR
/PRINT=TWOTAIL NOSIG
/MISSING=PAIRWISE.
```

### Correlations

```
[DataSet1] C:\Users\maria_monteiro\Documents\TESE\RELATÓRIO\ANEXOS outputs
\BD_Geral_5K_36_matched_sampleEMP-COM.sav
```

## OUTPUTS - CAPÍTULO 4

### Correlations

		Actualmente recebe apoio domiciliário ou está numa habitação independente ?
Actualmente recebe apoio domiciliário ou está numa habitação independente?	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	1 186
Actualmente está inserido(a) numa residência de grupo?	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,124 ,093 186
Actualmente recebe um serviço de Emprego Apoiado?	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,224** ,002 186
Utiliza ou utilizou o serviço de Actividades Ocupacionais da organização?	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,167* ,023 186
csi14_total	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,072 ,330 186
RAS22	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,162* ,028 186
BUES20	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,189** ,010 186
CIQ_POR	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,200** ,006 186

## OUTPUTS - *CAPÍTULO 4*

### Correlations

		Actualmente está inserido (a) numa residência de grupo?
Actualmente recebe apoio domiciliário ou está numa habitação independente?	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,124 ,093 186
Actualmente está inserido(a) numa residência de grupo?	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	1  186
Actualmente recebe um serviço de Emprego Apoiado?	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,050 ,500 186
Utiliza ou utilizou o serviço de Actividades Ocupacionais da organização?	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,003 ,967 186
csi14_total	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,025 ,740 186
RAS22	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,050 ,495 186
BUES20	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,039 ,596 186
CIQ_POR	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,179* ,015 186

**OUTPUTS - CAPÍTULO 4**

**Correlations**

		Actualmente recebe um serviço de Emprego Apoiado?
Actualmente recebe apoio domiciliário ou está numa habitação independente?	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,224** ,002 186
Actualmente está inserido(a) numa residência de grupo?	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,050 ,500 186
Actualmente recebe um serviço de Emprego Apoiado?	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	1  186
Utiliza ou utilizou o serviço de Actividades Ocupacionais da organização?	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,225** ,002 186
csi14_total	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,124 ,090 186
RAS22	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,177* ,016 186
BUES20	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,172* ,019 186
CIQ_POR	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,225** ,002 186

## OUTPUTS - CAPÍTULO 4

### Correlations

		Utiliza ou utilizou o serviço de Actividades Ocupacionais da organização?	csi14_total
Actualmente recebe apoio domiciliário ou está numa habitação independente?	Pearson Correlation	-,167 <sup>*</sup>	,072
	Sig. (2-tailed)	,023	,330
	N	186	186
Actualmente está inserido(a) numa residência de grupo?	Pearson Correlation	-,003	-,025
	Sig. (2-tailed)	,967	,740
	N	186	186
Actualmente recebe um serviço de Emprego Apoiado?	Pearson Correlation	-,225 <sup>**</sup>	-,124
	Sig. (2-tailed)	,002	,090
	N	186	186
Utiliza ou utilizou o serviço de Actividades Ocupacionais da organização?	Pearson Correlation	1	-,076
	Sig. (2-tailed)		,300
	N	186	186
csi14_total	Pearson Correlation	-,076	1
	Sig. (2-tailed)	,300	
	N	186	186
RAS22	Pearson Correlation	-,028	-,198 <sup>**</sup>
	Sig. (2-tailed)	,703	,007
	N	186	186
BUES20	Pearson Correlation	,007	-,224 <sup>**</sup>
	Sig. (2-tailed)	,926	,002
	N	186	186
CIQ_POR	Pearson Correlation	-,223 <sup>**</sup>	,047
	Sig. (2-tailed)	,002	,526
	N	186	186

**OUTPUTS - CAPÍTULO 4**

**Correlations**

		RAS22	BUES20
Actualmente recebe apoio domiciliário ou está numa habitação independente?	Pearson Correlation	,162*	,189**
	Sig. (2-tailed)	,028	,010
	N	186	186
Actualmente está inserido(a) numa residência de grupo?	Pearson Correlation	,050	,039
	Sig. (2-tailed)	,495	,596
	N	186	186
Actualmente recebe um serviço de Emprego Apoiado?	Pearson Correlation	,177*	,172*
	Sig. (2-tailed)	,016	,019
	N	186	186
Utiliza ou utilizou o serviço de Actividades Ocupacionais da organização?	Pearson Correlation	-,028	,007
	Sig. (2-tailed)	,703	,926
	N	186	186
csi14_total	Pearson Correlation	-,198**	-,224**
	Sig. (2-tailed)	,007	,002
	N	186	186
RAS22	Pearson Correlation	1	,706**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	186	186
BUES20	Pearson Correlation	,706**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	186	186
CIQ_POR	Pearson Correlation	,165*	,124
	Sig. (2-tailed)	,024	,091
	N	186	186

## OUTPUTS - *CAPÍTULO 4*

### Correlations

		CIQ_POR
Actualmente recebe apoio domiciliário ou está numa habitação independente?	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,200** ,006 186
Actualmente está inserido(a) numa residência de grupo?	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,179* ,015 186
Actualmente recebe um serviço de Emprego Apoiado?	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,225** ,002 186
Utiliza ou utilizou o serviço de Actividades Ocupacionais da organização?	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,223** ,002 186
csi14_total	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,047 ,526 186
RAS22	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,165* ,024 186
BUES20	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,124 ,091 186
CIQ_POR	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	1  186

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

`SORT CASES BY EMP_COM.`

`SPLIT FILE LAYERED BY EMP_COM.`

`FREQUENCIES VARIABLES=Sexo TipDiagnóstico SemAbrigo Age Live_with Membersh  
ip Academic_Degree`

`Employment_Status`

`/STATISTICS=MINIMUM MAXIMUM SKEWNESS SESKEW KURTOSIS SEKURT`

`/ORDER=ANALYSIS.`

### Frequencies

[DataSet1] C:\Users\maria\_monteiro\Documents\TESE\RELATÓRIO\ANEXOS outputs  
\BD\_Geral\_5K\_36\_matched\_sampleEMP-COM.sav

**OUTPUTS - CAPÍTULO 4**

**Statistics**

EMP or Other			Sexo	Se sim, qual?	Alguma vez se encontrou em situação de sem-abrigo?	ages ranges
other	N	Valid	93	91	93	93
		Missing	0	2	0	0
		Skewness	,882	1,262	1,333	,198
		Std. Error of Skewness	,250	,253	,250	,250
		Kurtosis	-1,250	,051	-,228	-2,005
		Std. Error of Kurtosis	,495	,500	,495	,495
		Minimum	0	1	0	0
		Maximum	1	4	1	1
EMP_COM	N	Valid	93	93	93	93
		Missing	0	0	0	0
		Skewness	,826	,990	1,191	,332
		Std. Error of Skewness	,250	,250	,250	,250
		Kurtosis	-1,348	-,672	-,596	-1,932
		Std. Error of Kurtosis	,495	,495	,495	,495
		Minimum	0	1	0	0
		Maximum	1	4	1	1

**Statistics**

EMP or Other			Com quem vive	Anos no Programa	Attended	personal economy
other	N	Valid	93	93	92	93
		Missing	0	0	1	0
		Skewness	-,102	,424	,989	-,227
		Std. Error of Skewness	,250	,250	,251	,250
		Kurtosis	-,895	-1,860	-,314	,134
		Std. Error of Kurtosis	,495	,495	,498	,495
		Minimum	1	1	1	1
		Maximum	3	2	3	4
EMP_COM	N	Valid	93	93	93	93
		Missing	0	0	0	0
		Skewness	-,012	,424	,264	-,062
		Std. Error of Skewness	,250	,250	,250	,250
		Kurtosis	-,705	-1,860	-1,447	-,452
		Std. Error of Kurtosis	,495	,495	,495	,495
		Minimum	1	1	1	1
		Maximum	3	2	3	4

**Frequency Table**

## OUTPUTS - CAPÍTULO 4

### Sexo

EMP or Other			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
other	Valid	Homem	65	69,9	69,9	69,9
		Mulher	28	30,1	30,1	100,0
		Total	93	100,0	100,0	
EMP_COM	Valid	Homem	64	68,8	68,8	68,8
		Mulher	29	31,2	31,2	100,0
		Total	93	100,0	100,0	

### Se sim, qual?

EMP or Other			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
other	Valid	Esquizofrenia	58	62,4	63,7	63,7
		Psicose Bipolar	14	15,1	15,4	79,1
		Depressão Maior	6	6,5	6,6	85,7
		Outro	13	14,0	14,3	100,0
		Total	91	97,8	100,0	
	Missing	999	2	2,2		
Total			93	100,0		
EMP_COM	Valid	Esquizofrenia	55	59,1	59,1	59,1
		Psicose Bipolar	14	15,1	15,1	74,2
		Depressão Maior	7	7,5	7,5	81,7
		Outro	17	18,3	18,3	100,0
		Total	93	100,0	100,0	

### Alguma vez se encontrou em situação de sem-abrigo?

EMP or Other			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
other	Valid	Não	72	77,4	77,4	77,4
		Sim	21	22,6	22,6	100,0
		Total	93	100,0	100,0	
EMP_COM	Valid	Não	70	75,3	75,3	75,3
		Sim	23	24,7	24,7	100,0
		Total	93	100,0	100,0	

### ages ranges

EMP or Other			Frequency	Percent	Valid Percent
other	Valid	Mais de 40anos	51	54,8	54,8
		Menos ou igual 40 anos	42	45,2	45,2
		Total	93	100,0	100,0
EMP_COM	Valid	Mais de 40anos	54	58,1	58,1
		Menos ou igual 40 anos	39	41,9	41,9
		Total	93	100,0	100,0

## OUTPUTS - CAPÍTULO 4

### ages ranges

EMP or Other			Cumulative Percent
other	Valid	Mais de 40anos	54,8
		Menos ou igual 40 anos	100,0
		Total	
EMP_COM	Valid	Mais de 40anos	58,1
		Menos ou igual 40 anos	100,0
		Total	

### Com quem vive

EMP or Other			Frequency	Percent	Valid Percent
other	Valid	Alone, partner or children	19	20,4	20,4
		Family	48	51,6	51,6
		Others (no family)	26	28,0	28,0
		Total	93	100,0	100,0
EMP_COM	Valid	Alone, partner or children	20	21,5	21,5
		Family	52	55,9	55,9
		Others (no family)	21	22,6	22,6
		Total	93	100,0	100,0

### Com quem vive

EMP or Other			Cumulative Percent
other	Valid	Alone, partner or children	20,4
		Family	72,0
		Others (no family)	100,0
		Total	
EMP_COM	Valid	Alone, partner or children	21,5
		Family	77,4
		Others (no family)	100,0
		Total	

### Anos no Programa

EMP or Other			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
other	Valid	Menos ou igual 5 anos	56	60,2	60,2	60,2
		2	37	39,8	39,8	100,0
		Total	93	100,0	100,0	
EMP_COM	Valid	Menos ou igual 5 anos	56	60,2	60,2	60,2
		2	37	39,8	39,8	100,0
		Total	93	100,0	100,0	

## OUTPUTS - *CAPÍTULO 4*

### Attended

EMP or Other			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
other	Valid	9 yrs	55	59,1	59,8	59,8
		12 yrs	26	28,0	28,3	88,0
		university	11	11,8	12,0	100,0
		Total	92	98,9	100,0	
Missing	System	1	1,1			
Total			93	100,0		
EMP_COM	Valid	9 yrs	38	40,9	40,9	40,9
		12 yrs	30	32,3	32,3	73,1
		university	25	26,9	26,9	100,0
		Total	93	100,0	100,0	

### personal economy

EMP or Other			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
other	Valid	employed	2	2,2	2,2	2,2
		Unemployed	29	31,2	31,2	33,3
		retired	55	59,1	59,1	92,5
		trainee	7	7,5	7,5	100,0
		Total	93	100,0	100,0	
EMP_COM	Valid	employed	9	9,7	9,7	9,7
		Unemployed	35	37,6	37,6	47,3
		retired	39	41,9	41,9	89,2
		trainee	10	10,8	10,8	100,0
		Total	93	100,0	100,0	

DESCRIPTIVES VARIABLES=RAS22 RASPGH RASMHN RASSIR RASNDS BUES20 BUESCA BUESCE CIQ\_POR

NrInternamento cs14\_total

/STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX KURTOSIS SKEWNESS.

## Descriptives

[DataSet1] C:\Users\maria\_monteiro\Documents\TESE\RELATÓRIO\ANEXOS outputs  
 \BD\_Geral\_5K\_36\_matched\_sampleEMP-COM.sav

**OUTPUTS - CAPÍTULO 4**

**Descriptive Statistics**

		N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
EMP or Other		Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic
other	RAS22	93	2,50	5,00	3,8358	,54997
	RASPGH	93	2,00	5,00	3,8626	,60823
	RASMHN	93	2,33	5,00	4,0251	,65614
	RASSIR	93	1,50	5,00	4,0457	,66241
	RASNDS	93	1,33	5,00	3,5609	,75573
	BUES20	93	2,05	3,70	2,7699	,34041
	BUESCA	93	1,20	4,00	3,0688	,46950
	BUESCE	93	1,25	4,00	2,9328	,54597
	CIQ_POR	93	2	24	12,25	4,772
	Se sim, quantas vezes?	92	0	11	2,46	2,544
	csi14_total	93	1,00	4,71	2,1713	,82363
	Valid N (listwise)	92				
	EMP_COM	RAS22	93	2,50	5,00	3,9594
RASPGH		93	2,00	5,00	4,1266	,57842
RASMHN		93	2,00	5,00	4,0789	,69574
RASSIR		93	2,00	5,00	4,1102	,62387
RASNDS		93	1,33	5,00	3,5484	,78888
BUES20		93	2,10	3,70	2,8796	,34145
BUESCA		93	1,80	4,00	3,3140	,47858
BUESCE		93	1,75	4,00	3,0712	,49946
CIQ_POR		93	5	24	13,95	3,913
Se sim, quantas vezes?		88	0	30	3,14	4,995
csi14_total		93	1,00	4,64	2,2980	,81731
Valid N (listwise)		88				

## OUTPUTS - CAPÍTULO 4

### Descriptive Statistics

EMP or Other		Skewness		Kurtosis	
		Statistic	Std. Error	Statistic	Std. Error
other	RAS22	-,071	,250	-,043	,495
	RASPGH	-,137	,250	,306	,495
	RASMHN	-,500	,250	,223	,495
	RASSIR	-1,072	,250	2,379	,495
	RASNDS	-,318	,250	,214	,495
	BUES20	,455	,250	,339	,495
	BUESCA	-,353	,250	2,741	,495
	BUESCE	-,350	,250	,774	,495
	CIQ_POR	,430	,250	-,207	,495
	Se sim, quantas vezes?	1,401	,251	1,762	,498
	csi14_total	,791	,250	,330	,495
	Valid N (listwise)				
EMP_COM	RAS22	-,305	,250	,086	,495
	RASPGH	-,483	,250	,724	,495
	RASMHN	-,373	,250	,037	,495
	RASSIR	-,767	,250	1,017	,495
	RASNDS	-,888	,250	,952	,495
	BUES20	,128	,250	-,338	,495
	BUESCA	-,312	,250	-,310	,495
	BUESCE	,177	,250	-,091	,495
	CIQ_POR	,308	,250	,062	,495
	Se sim, quantas vezes?	3,234	,257	12,289	,508
	csi14_total	,524	,250	-,273	,495
	Valid N (listwise)				

SPLIT FILE OFF.

SPLIT FILE OFF.

CROSSTABS

/TABLES=HabInd ResidGrupo EmpApoiado ActOcupOrg BY EMP\_COM

/FORMAT=AVALUE TABLES

/STATISTICS=CHISQ

/CELLS=COUNT

/COUNT ROUND CELL.

### Crosstabs

[DataSet1] C:\Users\maria\_monteiro\Documents\TESE\RELATÓRIO\ANEXOS outputs  
 \BD\_Geral\_5K\_36\_matched\_sampleEMP-COM.sav

## OUTPUTS - CAPÍTULO 4

**Case Processing Summary**

	Cases			
	Valid		Missing	
	N	Percent	N	Percent
Actualmente recebe apoio domiciliário ou está numa habitação independente? * EMP or Other	186	100,0%	0	0,0%
Actualmente está inserido(a) numa residência de grupo? * EMP or Other	186	100,0%	0	0,0%
Actualmente recebe um serviço de Emprego Apoiado? * EMP or Other	186	100,0%	0	0,0%
Utiliza ou utilizou o serviço de Actividades Ocupacionais da organização? * EMP or Other	186	100,0%	0	0,0%

**Case Processing Summary**

	Cases	
	Total	
	N	Percent
Actualmente recebe apoio domiciliário ou está numa habitação independente? * EMP or Other	186	100,0%
Actualmente está inserido(a) numa residência de grupo? * EMP or Other	186	100,0%
Actualmente recebe um serviço de Emprego Apoiado? * EMP or Other	186	100,0%
Utiliza ou utilizou o serviço de Actividades Ocupacionais da organização? * EMP or Other	186	100,0%

### **Actualmente recebe apoio domiciliário ou está numa habitação independente? \* EMP or Other**

**Crosstab**

Count		EMP or Other		Total
		other	EMP_COM	
Actualmente recebe apoio domiciliário ou está numa habitação independente?	Não	90	79	169
	Sim	3	14	17
Total		93	93	186

## OUTPUTS - CAPÍTULO 4

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	7,834 <sup>a</sup>	1	,005		
Continuity Correction <sup>b</sup>	6,474	1	,011		
Likelihood Ratio	8,440	1	,004		
Fisher's Exact Test				,009	,005
Linear-by-Linear Association	7,792	1	,005		
N of Valid Cases	186				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,50.

b. Computed only for a 2x2 table

### Atualmente está inserido(a) numa residência de grupo? \* EMP or Other

#### Crosstab

Count

		EMP or Other		Total
		other	EMP_COM	
Atualmente está inserido(a) numa residência de grupo?	Não	71	74	145
	Sim	22	19	41
Total		93	93	186

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,282 <sup>a</sup>	1	,596		
Continuity Correction <sup>b</sup>	,125	1	,724		
Likelihood Ratio	,282	1	,596		
Fisher's Exact Test				,724	,362
Linear-by-Linear Association	,280	1	,597		
N of Valid Cases	186				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 20,50.

b. Computed only for a 2x2 table

### Atualmente recebe um serviço de Emprego Apoiado? \* EMP or Other

## OUTPUTS - CAPÍTULO 4

### Crosstab

Count		EMP or Other		Total
		other	EMP_COM	
Actualmente recebe um serviço de Emprego Apoiado?	Não	91	66	157
	Sim	2	27	29
Total		93	93	186

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	25,533 <sup>a</sup>	1	,000		
Continuity Correction <sup>b</sup>	23,531	1	,000		
Likelihood Ratio	29,645	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	25,395	1	,000		
N of Valid Cases	186				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 14,50.

b. Computed only for a 2x2 table

## Utiliza ou utilizou o serviço de Actividades Ocupacionais da organização? \* EMP or Other

### Crosstab

Count		EMP or Other		Total
		other	EMP_COM	
Utiliza ou utilizou o serviço de Actividades Ocupacionais da organização?	Não	6	57	63
	Sim	87	36	123
Total		93	93	186

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	62,432 <sup>a</sup>	1	,000		
Continuity Correction <sup>b</sup>	60,008	1	,000		
Likelihood Ratio	69,509	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	62,096	1	,000		
N of Valid Cases	186				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 31,50.

b. Computed only for a 2x2 table

### NPAR TESTS

/M-W= BUES20 CIQ\_POR RAS22 BY HabInd(0 1)

## OUTPUTS - *CAPÍTULO 4*

```
/K-S= BUES20 CIQ_POR RAS22 BY HabInd(0 1)  
/MISSING ANALYSIS  
/METHOD=EXACT TIMER(5).
```

### NPar Tests

```
[DataSet1] C:\Users\maria_monteiro\Documents\TESE\RELATÓRIO\ANEXOS outputs  
\BD_Geral_5K_36_matched_sampleEMP-COM.sav
```

### Mann-Whitney Test

Ranks

	Atualmente recebe apoio domiciliário ou está numa habitação independente?	N	Mean Rank
BUES20	Não	169	90,18
	Sim	17	126,50
	Total	186	
CIQ_POR	Não	169	90,28
	Sim	17	125,56
	Total	186	
RAS22	Não	169	90,72
	Sim	17	121,18
	Total	186	

Ranks

	Atualmente recebe apoio domiciliário ou está numa habitação independente?	Sum of Ranks
BUES20	Não	15240,50
	Sim	2150,50
	Total	
CIQ_POR	Não	15256,50
	Sim	2134,50
	Total	
RAS22	Não	15331,00
	Sim	2060,00
	Total	

## OUTPUTS - CAPÍTULO 4

Test Statistics<sup>a</sup>

	BUES20	CIQ_POR	RAS22
Mann-Whitney U	875,500	891,500	966,000
Wilcoxon W	15240,500	15256,500	15331,000
Z	-2,655	-2,583	-2,225
Asymp. Sig. (2-tailed)	,008	,010	,026
Exact Sig. (2-tailed)	,007	,009	,025
Exact Sig. (1-tailed)	,004	,005	,013
Point Probability	,000	,000	,000

a. Grouping Variable: Actualmente recibe apoyo domiciliário ou está numa habitação independente?

## Two-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

Frequencies

Actualmente recebe apoio domiciliário ou está numa habitação independente?		N
BUES20	Não	169
	Sim	17
	Total	186
CIQ_POR	Não	169
	Sim	17
	Total	186
RAS22	Não	169
	Sim	17
	Total	186

Test Statistics<sup>a</sup>

		BUES20	CIQ_POR	RAS22
Most Extreme Differences	Absolute	,315	,344	,309
	Positive	,315	,344	,309
	Negative	,000	-,059	,000
Kolmogorov-Smirnov Z		1,237	1,353	1,213
Asymp. Sig. (2-tailed)		,094	,051	,105
Exact Sig. (2-tailed)		,044	,017	,064
Point Probability		,005	,003	,003

a. Grouping Variable: Actualmente recibe apoyo domiciliário ou está numa habitação independente?

### NPAR TESTS

```

/M-W= BUES20 CIQ_POR RAS22 BY ResidGrupo(0 1)
/K-S= BUES20 CIQ_POR RAS22 BY ResidGrupo(0 1)
/MISSING ANALYSIS
/METHOD=EXACT TIMER(5) .

```

### NPar Tests

## OUTPUTS - CAPÍTULO 4

[DataSet1] C:\Users\maria\_monteiro\Documents\TESE\RELATÓRIO\ANEXOS outputs  
 \BD\_Geral\_5K\_36\_matched\_sampleEMP-COM.sav

### Mann-Whitney Test

Ranks

Atualmente está inserido(a) numa residência de grupo?		N	Mean Rank
BUES20	Não	145	92,98
	Sim	41	95,33
	Total	186	
CIQ_POR	Não	145	97,83
	Sim	41	78,18
	Total	186	
RAS22	Não	145	92,81
	Sim	41	95,95
	Total	186	

Ranks

Atualmente está inserido(a) numa residência de grupo?		Sum of Ranks
BUES20	Não	13482,50
	Sim	3908,50
	Total	
CIQ_POR	Não	14185,50
	Sim	3205,50
	Total	
RAS22	Não	13457,00
	Sim	3934,00
	Total	

Test Statistics<sup>a</sup>

	BUES20	CIQ_POR	RAS22
Mann-Whitney U	2897,500	2344,500	2872,000
Wilcoxon W	13482,500	3205,500	13457,000
Z	-,247	-2,069	-,330
Asymp. Sig. (2-tailed)	,805	,039	,741
Exact Sig. (2-tailed)	,806	,038	,743
Exact Sig. (1-tailed)	,403	,019	,371
Point Probability	,001	,000	,001

a. Grouping Variable: Atualmente está inserido(a) numa residência de grupo?

### Two-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

## OUTPUTS - *CAPÍTULO 4*

### Frequencies

Atualmente está inserido(a) numa residência de grupo?		N
BUES20	Não	145
	Sim	41
	Total	186
CIQ_POR	Não	145
	Sim	41
	Total	186
RAS22	Não	145
	Sim	41
	Total	186

### Test Statistics<sup>a</sup>

		BUES20	CIQ_POR	RAS22
Most Extreme Differences	Absolute	,068	,265	,176
	Positive	,068	,010	,176
	Negative	-,043	-,265	-,065
Kolmogorov-Smirnov Z		,383	1,497	,993
Asymp. Sig. (2-tailed)		,999	,023	,278
Exact Sig. (2-tailed)		,960	,008	,184
Point Probability		,001	,000	,001

a. Grouping Variable: Atualmente está inserido(a) numa residência de grupo?

### NPAR TESTS

```

/M-W= BUES20 CIQ_POR RAS22 BY EmpApoiado(0 1)
/K-S= BUES20 CIQ_POR RAS22 BY EmpApoiado(0 1)
/MISSING ANALYSIS
/METHOD=EXACT TIMER(5) .

```

### NPar Tests

```

[DataSet1] C:\Users\maria_monteiro\Documents\TESE\RELATÓRIO\ANEXOS outputs
\BD_Geral_5K_36_matched_sampleEMP-COM.sav

```

### Mann-Whitney Test

## OUTPUTS - CAPÍTULO 4

### Ranks

Actualmente recebe um serviço de Emprego Apoiado?		N	Mean Rank
BUES20	Não	157	89,28
	Sim	29	116,36
	Total	186	
CIQ_POR	Não	157	88,26
	Sim	29	121,88
	Total	186	
RAS22	Não	157	89,83
	Sim	29	113,34
	Total	186	

### Ranks

Actualmente recebe um serviço de Emprego Apoiado?		Sum of Ranks
BUES20	Não	14016,50
	Sim	3374,50
	Total	
CIQ_POR	Não	13856,50
	Sim	3534,50
	Total	
RAS22	Não	14104,00
	Sim	3287,00
	Total	

### Test Statistics<sup>a</sup>

	BUES20	CIQ_POR	RAS22
Mann-Whitney U	1613,500	1453,500	1701,000
Wilcoxon W	14016,500	13856,500	14104,000
Z	-2,492	-3,098	-2,162
Asymp. Sig. (2-tailed)	,013	,002	,031
Exact Sig. (2-tailed)	,012	,002	,030
Exact Sig. (1-tailed)	,006	,001	,015
Point Probability	,000	,000	,000

a. Grouping Variable: Actualmente recebe um serviço de Emprego Apoiado?

## Two-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

## OUTPUTS - CAPÍTULO 4

### Frequencies

Atualmente recebe um serviço de Emprego Apoiado?		N
BUES20	Não	157
	Sim	29
	Total	186
CIQ_POR	Não	157
	Sim	29
	Total	186
RAS22	Não	157
	Sim	29
	Total	186

### Test Statistics<sup>a</sup>

		BUES20	CIQ_POR	RAS22
Most Extreme Differences	Absolute	,273	,314	,210
	Positive	,273	,314	,210
	Negative	-,004	,000	,000
Kolmogorov-Smirnov Z		1,353	1,553	1,039
Asymp. Sig. (2-tailed)		,051	,016	,231
Exact Sig. (2-tailed)		,022	,006	,146
Point Probability		,003	,001	,005

a. Grouping Variable: Atualmente recebe um serviço de Emprego Apoiado?

### NPAR TESTS

```

/M-W= BUES20 CIQ_POR RAS22 BY ActOcupOrg (0 1)
/K-S= BUES20 CIQ_POR RAS22 BY ActOcupOrg (0 1)
/MISSING ANALYSIS
/METHOD=EXACT TIMER (5) .

```

### NPar Tests

```

[DataSet1] C:\Users\maria_monteiro\Documents\TESE\RELATÓRIO\ANEXOS outputs
\BD_Geral_5K_36_matched_sampleEMP-COM.sav

```

### Mann-Whitney Test

## OUTPUTS - CAPÍTULO 4

### Ranks

Utiliza ou utilizou o serviço de Actividades Ocupacionais da organização?		N	Mean Rank
BUES20	Não	63	96,23
	Sim	123	92,10
	Total	186	
CIQ_POR	Não	63	111,87
	Sim	123	84,09
	Total	186	
RAS22	Não	63	95,98
	Sim	123	92,23
	Total	186	

### Ranks

Utiliza ou utilizou o serviço de Actividades Ocupacionais da organização?		Sum of Ranks
BUES20	Não	6062,50
	Sim	11328,50
	Total	
CIQ_POR	Não	7048,00
	Sim	10343,00
	Total	
RAS22	Não	6046,50
	Sim	11344,50
	Total	

### Test Statistics<sup>a</sup>

	BUES20	CIQ_POR	RAS22
Mann-Whitney U	3702,500	2717,000	3718,500
Wilcoxon W	11328,500	10343,000	11344,500
Z	-,496	-3,340	-,449
Asymp. Sig. (2-tailed)	,620	,001	,653
Exact Sig. (2-tailed)	,622	,001	,655
Exact Sig. (1-tailed)	,311	,000	,327
Point Probability	,001	,000	,001

a. Grouping Variable: Utiliza ou utilizou o serviço de Actividades Ocupacionais da organização?

## Two-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

## OUTPUTS - CAPÍTULO 4

### Frequencies

Utiliza ou utilizou o serviço de Actividades Ocupacionais da organização?		N
BUES20	Não	63
	Sim	123
	Total	186
CIQ_POR	Não	63
	Sim	123
	Total	186
RAS22	Não	63
	Sim	123
	Total	186

### Test Statistics<sup>a</sup>

		BUES20	CIQ_POR	RAS22
Most Extreme Differences	Absolute	,110	,284	,089
	Positive	,110	,284	,089
	Negative	-,093	-,016	-,060
Kolmogorov-Smirnov Z		,712	1,832	,575
Asymp. Sig. (2-tailed)		,691	,002	,896
Exact Sig. (2-tailed)		,484	,001	,758
Point Probability		,031	,000	,008

a. Grouping Variable: Utiliza ou utilizou o serviço de Actividades Ocupacionais da organização?

UNIANOVA BUES20 BY EMP\_COM WITH Idade Sexo SemAbrigo Internamento Bipolar  
Depressão Esquizofrenia AbusoPlugged

```

cs114_total
/METHOD=SSTYPE(3)
/INTERCEPT=INCLUDE
/PRINT=ETASQ HOMOGENEITY DESCRIPTIVE
/EMMEANS=TABLES(EMP_COM) WITH(Idade=MEAN Sexo=MEAN) COMPARE ADJ(LSD)
/CRITERIA=ALPHA(.05)
/DESIGN=Idade Sexo SemAbrigo Internamento Bipolar Depressão Esquizofreni
a AbusoPlugged
cs114_total EMP_COM.
```

## Univariate Analysis of Variance

[DataSet1] C:\Users\maria\_monteiro\Documents\TESE\RELATÓRIO\ANEXOS outputs  
\BD\_Geral\_5K\_36\_matched\_sampleEMP-COM.sav

### Between-Subjects Factors

		Value Label	N
EMP or Other	0	other	93
	1	EMP_COM	93

## OUTPUTS - CAPÍTULO 4

### Descriptive Statistics

Dependent Variable: BUES20

EMP or Other	Mean	Std. Deviation	N
other	2,7699	,34041	93
EMP_COM	2,8796	,34145	93
Total	2,8247	,34442	186

### Levene's Test of Equality of Error Variances<sup>a</sup>

Dependent Variable: BUES20

F	df1	df2	Sig.
,113	1	184	,737

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.

a. Design: Intercept + Idade + Sexo + SemAbrigo + Internamento + Bipolar + Depressão + Esquizofrenia + AbusoPlugged + csi14\_total + EMP\_COM

### Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable: BUES20

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Corrected Model	3,540 <sup>a</sup>	10	,354	3,366	,000	,161
Intercept	53,332	1	53,332	507,067	,000	,743
Idade	,004	1	,004	,041	,840	,000
Sexo	,063	1	,063	,599	,440	,003
SemAbrigo	,577	1	,577	5,489	,020	,030
Internamento	,383	1	,383	3,641	,058	,020
Bipolar	,176	1	,176	1,677	,197	,009
Depressão	,147	1	,147	1,402	,238	,008
Esquizofrenia	,026	1	,026	,249	,619	,001
AbusoPlugged	,190	1	,190	1,810	,180	,010
csi14_total	1,126	1	1,126	10,702	,001	,058
EMP_COM	,585	1	,585	5,558	,019	,031
Error	18,406	175	,105			
Total	1506,060	186				
Corrected Total	21,946	185				

a. R Squared = ,161 (Adjusted R Squared = ,113)

## Estimated Marginal Means

### EMP or Other

## OUTPUTS - CAPÍTULO 4

### Estimates

Dependent Variable: BUES20

EMP or Other	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
other	2,768 <sup>a</sup>	,034	2,702	2,835
EMP_COM	2,881 <sup>a</sup>	,034	2,815	2,948

a. Covariates appearing in the model are evaluated at the following values: Idade\_2012 = 40,63, Sexo = ,31, Alguma vez se encontrou em situação de sem-abrigo? = ,24, Alguma vez foi internado(a) num hospital para tratamento psiquiátrico? = ,74, Psicose Bipolar = ,15, Depressão Maior = ,07, Esquizofrenia = ,61, AbusoSubMedRecoded = ,3441, csi14\_total = 2,2346.

### Pairwise Comparisons

Dependent Variable: BUES20

(I) EMP or Other	(J) EMP or Other	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig. <sup>b</sup>	95% Confidence Interval
					Lower Bound
other	EMP_COM	-,113 <sup>*</sup>	,048	,019	-,208
EMP_COM	other	,113 <sup>*</sup>	,048	,019	,018

### Pairwise Comparisons

Dependent Variable: BUES20

(I) EMP or Other	(J) EMP or Other	95% Confidence Interval
		Upper Bound
other	EMP_COM	-,018
EMP_COM	other	,208

Based on estimated marginal means

\*. The mean difference is significant at the ,05 level.

b. Adjustment for multiple comparisons: Least Significant Difference (equivalent to no adjustments).

### Univariate Tests

Dependent Variable: BUES20

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Contrast	,585	1	,585	5,558	,019	,031
Error	18,406	175	,105			

The F tests the effect of EMP or Other. This test is based on the linearly independent pairwise comparisons among the estimated marginal means.

```
UNIANOVA RAS22 BY EMP_COM WITH Idade Sexo SemAbrigo Internamento Bipolar D
epressão Esquizofrenia AbusoPlugged
csi14_total
/METHOD=SSTYPE(3)
```

## OUTPUTS - *CAPÍTULO 4*

```

/INTERCEPT=INCLUDE
/PRINT=ETASQ HOMOGENEITY DESCRIPTIVE
/EMMEANS=TABLES(EMP_COM) WITH(Idade=MEAN Sexo=MEAN) COMPARE ADJ(LSD)
/CRITERIA=ALPHA(.05)
/DESIGN=Idade Sexo SemAbrigo Internamento Bipolar Depressão Esquizofreni
a AbusoPlugged
      csi14_total EMP_COM

```

### Univariate Analysis of Variance

[DataSet1] C:\Users\maria\_monteiro\Documents\TESE\RELATÓRIO\ANEXOS outputs  
 \BD\_Geral\_5K\_36\_matched\_sampleEMP-COM.sav

#### Between-Subjects Factors

	Value Label	N
EMP or Other 0	other	93
1	EMP_COM	93

#### Descriptive Statistics

Dependent Variable: RAS22

EMP or Other	Mean	Std. Deviation	N
other	3,8358	,54997	93
EMP_COM	3,9594	,51099	93
Total	3,8976	,53302	186

#### Levene's Test of Equality of Error Variances<sup>a</sup>

Dependent Variable: RAS22

F	df1	df2	Sig.
,021	1	184	,886

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.

a. Design: Intercept + Idade + Sexo + SemAbrigo + Internamento + Bipolar + Depressão + Esquizofrenia + AbusoPlugged + csi14\_total + EMP\_COM

## OUTPUTS - CAPÍTULO 4

### Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable: RAS22

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Corrected Model	6,541 <sup>a</sup>	10	,654	2,487	,008	,124
Intercept	97,989	1	97,989	372,629	,000	,680
Idade	,001	1	,001	,002	,965	,000
Sexo	,046	1	,046	,174	,677	,001
SemAbrigo	,383	1	,383	1,457	,229	,008
Internamento	,130	1	,130	,494	,483	,003
Bipolar	,240	1	,240	,911	,341	,005
Depressão	,899	1	,899	3,418	,066	,019
Esquizofrenia	,336	1	,336	1,276	,260	,007
AbusoPlugged	,097	1	,097	,370	,544	,002
csi14_total	1,826	1	1,826	6,942	,009	,038
EMP_COM	,751	1	,751	2,854	,093	,016
Error	46,019	175	,263			
Total	2878,147	186				
Corrected Total	52,560	185				

a. R Squared = ,124 (Adjusted R Squared = ,074)

### Estimated Marginal Means

#### EMP or Other

##### Estimates

Dependent Variable: RAS22

EMP or Other	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
other	3,834 <sup>a</sup>	,053	3,728	3,939
EMP_COM	3,962 <sup>a</sup>	,053	3,856	4,067

a. Covariates appearing in the model are evaluated at the following values: Idade\_2012 = 40,63, Sexo = ,31, Alguma vez se encontrou em situação de sem-abrigo? = ,24, Alguma vez foi internado(a) num hospital para tratamento psiquiátrico? = ,74, Psicose Bipolar = ,15, Depressão Maior = ,07, Esquizofrenia = ,61, AbusoSubMedRecoded = ,3441, csi14\_total = 2,2346.

## OUTPUTS - CAPÍTULO 4

### Pairwise Comparisons

Dependent Variable: RAS22

(I) EMP or Other	(J) EMP or Other	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig. <sup>a</sup>	95% Confidence Int...
					Lower Bound
other	EMP_COM	-,128	,076	,093	-,278
EMP_COM	other	,128	,076	,093	-,022

### Pairwise Comparisons

Dependent Variable: RAS22

(I) EMP or Other	(J) EMP or Other	95% Confidence Int...
		Upper Bound
other	EMP_COM	,022
EMP_COM	other	,278

Based on estimated marginal means

a. Adjustment for multiple comparisons: Least Significant Difference (equivalent to no adjustments).

### Univariate Tests

Dependent Variable: RAS22

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Contrast	,751	1	,751	2,854	,093	,016
Error	46,019	175	,263			

The F tests the effect of EMP or Other. This test is based on the linearly independent pairwise comparisons among the estimated marginal means.

UNIANOVA RASPGH BY EMP\_COM WITH Idade Sexo SemAbrigo Internamento Bipolar  
Depressão Esquizofrenia AbusoPlugged

```

    csi14_total
    /METHOD=SSTYPE(3)
    /INTERCEPT=INCLUDE
    /PRINT=ETASQ HOMOGENEITY DESCRIPTIVE
    /EMMEANS=TABLES(EMP_COM) WITH(Idade=MEAN Sexo=MEAN) COMPARE ADJ(LSD)
    /CRITERIA=ALPHA(.05)
    /DESIGN=Idade Sexo SemAbrigo Internamento Bipolar Depressão Esquizofreni
a AbusoPlugged
    csi14_total EMP_COM

```

### Univariate Analysis of Variance

[DataSet1] C:\Users\maria\_monteiro\Documents\TESE\RELATÓRIO\ANEXOS outputs  
\BD\_Geral\_5K\_36\_matched\_sampleEMP-COM.sav

## OUTPUTS - CAPÍTULO 4

### Between-Subjects Factors

	Value Label	N
EMP or Other 0	other	93
1	EMP_COM	93

### Descriptive Statistics

Dependent Variable: RASPGH

EMP or Other	Mean	Std. Deviation	N
other	3,8626	,60823	93
EMP_COM	4,1266	,57842	93
Total	3,9946	,60652	186

### Levene's Test of Equality of Error Variances<sup>a</sup>

Dependent Variable: RASPGH

F	df1	df2	Sig.
,159	1	184	,690

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.

a. Design: Intercept + Idade + Sexo + SemAbrigo + Internamento + Bipolar + Depressão + Esquizofrenia + AbusoPlugged + csi14\_total + EMP\_COM

### Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable: RASPGH

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Corrected Model	9,467 <sup>a</sup>	10	,947	2,828	,003	,139
Intercept	106,627	1	106,627	318,482	,000	,645
Idade	,213	1	,213	,636	,426	,004
Sexo	,037	1	,037	,111	,740	,001
SemAbrigo	,863	1	,863	2,576	,110	,015
Internamento	,106	1	,106	,317	,574	,002
Bipolar	,308	1	,308	,919	,339	,005
Depressão	,596	1	,596	1,781	,184	,010
Esquizofrenia	,267	1	,267	,799	,373	,005
AbusoPlugged	,365	1	,365	1,090	,298	,006
csi14_total	2,480	1	2,480	7,407	,007	,041
EMP_COM	3,584	1	3,584	10,705	,001	,058
Error	58,589	175	,335			
Total	3036,062	186				
Corrected Total	68,056	185				

a. R Squared = ,139 (Adjusted R Squared = ,090)

## OUTPUTS - *CAPÍTULO 4*

### Estimated Marginal Means

#### EMP or Other

##### Estimates

Dependent Variable: RASPGH

EMP or Other	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
other	3,855 <sup>a</sup>	,060	3,736	3,974
EMP_COM	4,134 <sup>a</sup>	,060	4,016	4,253

a. Covariates appearing in the model are evaluated at the following values: Idade\_2012 = 40,63, Sexo = ,31, Alguma vez se encontrou em situação de sem-abrigo? = ,24, Alguma vez foi internado(a) num hospital para tratamento psiquiátrico? = ,74, Psicose Bipolar = ,15, Depressão Maior = ,07, Esquizofrenia = ,61, AbusoSubMedRecoded = ,3441, csi14\_total = 2,2346.

##### Pairwise Comparisons

Dependent Variable: RASPGH

(I) EMP or Other	(J) EMP or Other	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig. <sup>b</sup>	95% Confidence Interval
					Lower Bound
other	EMP_COM	-,280 <sup>*</sup>	,085	,001	-,448
EMP_COM	other	,280 <sup>*</sup>	,085	,001	,111

##### Pairwise Comparisons

Dependent Variable: RASPGH

(I) EMP or Other	(J) EMP or Other	95% Confidence Interval
		Upper Bound
other	EMP_COM	-,111
EMP_COM	other	,448

Based on estimated marginal means

\*. The mean difference is significant at the ,05 level.

b. Adjustment for multiple comparisons: Least Significant Difference (equivalent to no adjustments).

##### Univariate Tests

Dependent Variable: RASPGH

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Contrast	3,584	1	3,584	10,705	,001	,058
Error	58,589	175	,335			

The F tests the effect of EMP or Other. This test is based on the linearly independent pairwise comparisons among the estimated marginal means.

## OUTPUTS - CAPÍTULO 4

```

UNIANOVA RASMHN BY EMP_COM WITH Idade Sexo SemAbrigo Internamento Bipolar
Depressão Esquizofrenia AbusoPlugged
    csi14_total
/METHOD=SSTYPE(3)
/INTERCEPT=INCLUDE
/PRINT=ETASQ HOMOGENEITY DESCRIPTIVE
/EMMEANS=TABLES(EMP_COM) WITH(Idade=MEAN Sexo=MEAN) COMPARE ADJ(LSD)
/CRITERIA=ALPHA(.05)
/DESIGN=Idade Sexo SemAbrigo Internamento Bipolar Depressão Esquizofreni
a AbusoPlugged
    csi14_total EMP_COM

```

### Univariate Analysis of Variance

[DataSet1] C:\Users\maria\_monteiro\Documents\TESE\RELATÓRIO\ANEXOS outputs  
\BD\_Geral\_5K\_36\_matched\_sampleEMP-COM.sav

#### Between-Subjects Factors

	Value Label	N
EMP or Other 0	other	93
1	EMP_COM	93

#### Descriptive Statistics

Dependent Variable: RASMHN

EMP or Other	Mean	Std. Deviation	N
other	4,0251	,65614	93
EMP_COM	4,0789	,69574	93
Total	4,0520	,67494	186

#### Levene's Test of Equality of Error Variances<sup>a</sup>

Dependent Variable: RASMHN

F	df1	df2	Sig.
2,076	1	184	,151

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.

a. Design: Intercept + Idade + Sexo + SemAbrigo + Internamento + Bipolar + Depressão + Esquizofrenia + AbusoPlugged + csi14\_total + EMP\_COM

## OUTPUTS - CAPÍTULO 4

### Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable: RASMHN

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Corrected Model	4,876 <sup>a</sup>	10	,488	1,075	,384	,058
Intercept	105,277	1	105,277	232,035	,000	,570
Idade	,323	1	,323	,711	,400	,004
Sexo	,045	1	,045	,100	,752	,001
SemAbrigo	,604	1	,604	1,330	,250	,008
Internamento	,174	1	,174	,383	,537	,002
Bipolar	,475	1	,475	1,047	,308	,006
Depressão	,639	1	,639	1,408	,237	,008
Esquizofrenia	,221	1	,221	,486	,486	,003
AbusoPlugged	,035	1	,035	,077	,782	,000
csi14_total	,595	1	,595	1,311	,254	,007
EMP_COM	,122	1	,122	,268	,605	,002
Error	79,400	175	,454			
Total	3138,111	186				
Corrected Total	84,275	185				

a. R Squared = ,058 (Adjusted R Squared = ,004)

### Estimated Marginal Means

#### EMP or Other

##### Estimates

Dependent Variable: RASMHN

EMP or Other	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
other	4,026 <sup>a</sup>	,070	3,888	4,165
EMP_COM	4,078 <sup>a</sup>	,070	3,939	4,216

a. Covariates appearing in the model are evaluated at the following values: Idade\_2012 = 40,63, Sexo = ,31, Alguma vez se encontrou em situação de sem-abrigo? = ,24, Alguma vez foi internado(a) num hospital para tratamento psiquiátrico? = ,74, Psicose Bipolar = ,15, Depressão Maior = ,07, Esquizofrenia = ,61, AbusoSubMedRecoded = ,3441, csi14\_total = 2,2346.

## OUTPUTS - CAPÍTULO 4

### Pairwise Comparisons

Dependent Variable: RASMHN

(I) EMP or Other	(J) EMP or Other	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig. <sup>a</sup>	95% Confidence <sup>a</sup> ...
					Lower Bound
other	EMP_COM	-,052	,100	,605	-,248
EMP_COM	other	,052	,100	,605	-,145

### Pairwise Comparisons

Dependent Variable: RASMHN

(I) EMP or Other	(J) EMP or Other	95% Confidence <sup>a</sup> ...
		Upper Bound
other	EMP_COM	,145
EMP_COM	other	,248

Based on estimated marginal means

a. Adjustment for multiple comparisons: Least Significant Difference (equivalent to no adjustments).

### Univariate Tests

Dependent Variable: RASMHN

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Contrast	,122	1	,122	,268	,605	,002
Error	79,400	175	,454			

The F tests the effect of EMP or Other. This test is based on the linearly independent pairwise comparisons among the estimated marginal means.

UNIANOVA RASSIR BY EMP\_COM WITH Idade Sexo SemAbrigo Internamento Bipolar  
Depressão Esquizofrenia AbusoPlugged

```

    cs14_total
    /METHOD=SSTYPE(3)
    /INTERCEPT=INCLUDE
    /PRINT=ETASQ HOMOGENEITY DESCRIPTIVE
    /EMMEANS=TABLES(EMP_COM) WITH(Idade=MEAN Sexo=MEAN) COMPARE ADJ(LSD)
    /CRITERIA=ALPHA(.05)
    /DESIGN=Idade Sexo SemAbrigo Internamento Bipolar Depressão Esquizofreni
a AbusoPlugged
    cs14_total EMP_COM

```

### Univariate Analysis of Variance

[DataSet1] C:\Users\maria\_monteiro\Documents\TESE\RELATÓRIO\ANEXOS outputs  
\BD\_Geral\_5K\_36\_matched\_sampleEMP-COM.sav

## OUTPUTS - CAPÍTULO 4

### Between-Subjects Factors

	Value Label	N
EMP or Other 0	other	93
1	EMP_COM	93

### Descriptive Statistics

Dependent Variable: RASSIR

EMP or Other	Mean	Std. Deviation	N
other	4,0457	,66241	93
EMP_COM	4,1102	,62387	93
Total	4,0780	,64250	186

### Levene's Test of Equality of Error Variances<sup>a</sup>

Dependent Variable: RASSIR

F	df1	df2	Sig.
,385	1	184	,536

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.

a. Design: Intercept + Idade + Sexo + SemAbrigo + Internamento + Bipolar + Depressão + Esquizofrenia + AbusoPlugged + csi14\_total + EMP\_COM

### Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable: RASSIR

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Corrected Model	6,664 <sup>a</sup>	10	,666	1,673	,090	,087
Intercept	93,916	1	93,916	235,782	,000	,574
Idade	,010	1	,010	,024	,877	,000
Sexo	,038	1	,038	,095	,758	,001
SemAbrigo	1,572	1	1,572	3,947	,049	,022
Internamento	,561	1	,561	1,409	,237	,008
Bipolar	,127	1	,127	,320	,572	,002
Depressão	,674	1	,674	1,692	,195	,010
Esquizofrenia	,505	1	,505	1,268	,262	,007
AbusoPlugged	,145	1	,145	,365	,547	,002
csi14_total	,050	1	,050	,126	,723	,001
EMP_COM	,113	1	,113	,284	,595	,002
Error	69,706	175	,398			
Total	3169,500	186				
Corrected Total	76,370	185				

a. R Squared = ,087 (Adjusted R Squared = ,035)

## OUTPUTS - CAPÍTULO 4

### Estimated Marginal Means

#### EMP or Other

##### Estimates

Dependent Variable: RASSIR

EMP or Other	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
other	4,053 <sup>a</sup>	,066	3,923	4,183
EMP_COM	4,103 <sup>a</sup>	,066	3,973	4,232

a. Covariates appearing in the model are evaluated at the following values: Idade\_2012 = 40,63, Sexo = ,31, Alguma vez se encontrou em situação de sem-abrigo? = ,24, Alguma vez foi internado(a) num hospital para tratamento psiquiátrico? = ,74, Psicose Bipolar = ,15, Depressão Maior = ,07, Esquizofrenia = ,61, AbusoSubMedRecoded = ,3441, csi14\_total = 2,2346.

##### Pairwise Comparisons

Dependent Variable: RASSIR

(I) EMP or Other	(J) EMP or Other	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig. <sup>a</sup>	95% Confidence Int...
					Lower Bound
other	EMP_COM	-,050	,093	,595	-,234
EMP_COM	other	,050	,093	,595	-,134

##### Pairwise Comparisons

Dependent Variable: RASSIR

(I) EMP or Other	(J) EMP or Other	95% Confidence Int...
		Upper Bound
other	EMP_COM	,134
EMP_COM	other	,234

Based on estimated marginal means

a. Adjustment for multiple comparisons: Least Significant Difference (equivalent to no adjustments).

##### Univariate Tests

Dependent Variable: RASSIR

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Contrast	,113	1	,113	,284	,595	,002
Error	69,706	175	,398			

The F tests the effect of EMP or Other. This test is based on the linearly independent pairwise comparisons among the estimated marginal means.

## OUTPUTS - *CAPÍTULO 4*

```

UNIANOVA BUESCA BY EMP_COM WITH Idade Sexo SemAbrigo Internamento Bipolar
Depressão Esquizofrenia AbusoPlugged
  csi14_total
  /METHOD=SSTYPE(3)
  /INTERCEPT=INCLUDE
  /PRINT=ETASQ HOMOGENEITY DESCRIPTIVE
  /EMMEANS=TABLES(EMP_COM) WITH(Idade=MEAN Sexo=MEAN) COMPARE ADJ(LSD)
  /CRITERIA=ALPHA(.05)
  /DESIGN=Idade Sexo SemAbrigo Internamento Bipolar Depressão Esquizofreni
a AbusoPlugged
  csi14_total EMP_COM

```

### Univariate Analysis of Variance

[DataSet1] C:\Users\maria\_monteiro\Documents\TESE\RELATÓRIO\ANEXOS outputs  
 \BD\_Geral\_5K\_36\_matched\_sampleEMP-COM.sav

#### Between-Subjects Factors

	Value Label	N
EMP or Other 0	other	93
1	EMP_COM	93

#### Descriptive Statistics

Dependent Variable: BUESCA

EMP or Other	Mean	Std. Deviation	N
other	3,0688	,46950	93
EMP_COM	3,3140	,47858	93
Total	3,1914	,48850	186

#### Levene's Test of Equality of Error Variances<sup>a</sup>

Dependent Variable: BUESCA

F	df1	df2	Sig.
2,206	1	184	,139

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.

a. Design: Intercept + Idade + Sexo + SemAbrigo + Internamento + Bipolar + Depressão + Esquizofrenia + AbusoPlugged + csi14\_total + EMP\_COM

## OUTPUTS - CAPÍTULO 4

### Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable: BUESCA

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Corrected Model	5,014 <sup>a</sup>	10	,501	2,242	,017	,114
Intercept	49,613	1	49,613	221,870	,000	,559
Idade	,306	1	,306	1,369	,244	,008
Sexo	,112	1	,112	,501	,480	,003
SemAbrigo	,030	1	,030	,134	,715	,001
Internamento	,351	1	,351	1,571	,212	,009
Bipolar	,085	1	,085	,381	,538	,002
Depressão	,209	1	,209	,935	,335	,005
Esquizofrenia	,202	1	,202	,905	,343	,005
AbusoPlugged	,028	1	,028	,125	,724	,001
csi14_total	,151	1	,151	,674	,413	,004
EMP_COM	2,382	1	2,382	10,652	,001	,057
Error	39,132	175	,224			
Total	1938,560	186				
Corrected Total	44,146	185				

a. R Squared = ,114 (Adjusted R Squared = ,063)

### Estimated Marginal Means

#### EMP or Other

##### Estimates

Dependent Variable: BUESCA

EMP or Other	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
other	3,077 <sup>a</sup>	,049	2,980	3,175
EMP_COM	3,305 <sup>a</sup>	,049	3,208	3,403

a. Covariates appearing in the model are evaluated at the following values: Idade\_2012 = 40,63, Sexo = ,31, Alguma vez se encontrou em situação de sem-abrigo? = ,24, Alguma vez foi internado(a) num hospital para tratamento psiquiátrico? = ,74, Psicose Bipolar = ,15, Depressão Maior = ,07, Esquizofrenia = ,61, AbusoSubMedRecoded = ,3441, csi14\_total = 2,2346.

## OUTPUTS - CAPÍTULO 4

### Pairwise Comparisons

Dependent Variable: BUESCA

(I) EMP or Other	(J) EMP or Other	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig. <sup>b</sup>	95% Confidence Int...
					Lower Bound
other	EMP_COM	-,228 <sup>*</sup>	,070	,001	-,366
EMP_COM	other	,228 <sup>*</sup>	,070	,001	,090

### Pairwise Comparisons

Dependent Variable: BUESCA

(I) EMP or Other	(J) EMP or Other	95% Confidence Int...
		Upper Bound
other	EMP_COM	-,090
EMP_COM	other	,366

Based on estimated marginal means

\*. The mean difference is significant at the ,05 level.

b. Adjustment for multiple comparisons: Least Significant Difference (equivalent to no adjustments).

### Univariate Tests

Dependent Variable: BUESCA

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Contrast	2,382	1	2,382	10,652	,001	,057
Error	39,132	175	,224			

The F tests the effect of EMP or Other. This test is based on the linearly independent pairwise comparisons among the estimated marginal means.

UNIANOVA BUESCE BY EMP\_COM WITH Idade Sexo SemAbrigo Internamento Bipolar  
Depressão Esquizofrenia AbusoPlugged

```

    csi14_total
    /METHOD=SSTYPE(3)
    /INTERCEPT=INCLUDE
    /PRINT=ETASQ HOMOGENEITY DESCRIPTIVE
    /EMMEANS=TABLES(EMP_COM) WITH(Idade=MEAN Sexo=MEAN) COMPARE ADJ(LSD)
    /CRITERIA=ALPHA(.05)
    /DESIGN=Idade Sexo SemAbrigo Internamento Bipolar Depressão Esquizofreni
a AbusoPlugged
    csi14_total EMP_COM

```

### Univariate Analysis of Variance

[DataSet1] C:\Users\maria\_monteiro\Documents\TESE\RELATÓRIO\ANEXOS outputs  
\BD\_Geral\_5K\_36\_matched\_sampleEMP-COM.sav

## OUTPUTS - CAPÍTULO 4

### Between-Subjects Factors

	Value Label	N
EMP or Other 0	other	93
1	EMP_COM	93

### Descriptive Statistics

Dependent Variable: BUESCE

EMP or Other	Mean	Std. Deviation	N
other	2,9328	,54597	93
EMP_COM	3,0712	,49946	93
Total	3,0020	,52641	186

### Levene's Test of Equality of Error Variances<sup>a</sup>

Dependent Variable: BUESCE

F	df1	df2	Sig.
,570	1	184	,451

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.

a. Design: Intercept + Idade + Sexo + SemAbrigo + Internamento + Bipolar + Depressão + Esquizofrenia + AbusoPlugged + csi14\_total + EMP\_COM

### Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable: BUESCE

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Corrected Model	7,588 <sup>a</sup>	10	,759	3,040	,001	,148
Intercept	67,395	1	67,395	270,027	,000	,607
Idade	,202	1	,202	,808	,370	,005
Sexo	,005	1	,005	,018	,893	,000
SemAbrigo	1,892	1	1,892	7,581	,007	,042
Internamento	,167	1	,167	,669	,414	,004
Bipolar	,103	1	,103	,412	,522	,002
Depressão	,555	1	,555	2,225	,138	,013
Esquizofrenia	,106	1	,106	,425	,515	,002
AbusoPlugged	,651	1	,651	2,608	,108	,015
csi14_total	2,681	1	2,681	10,741	,001	,058
EMP_COM	1,001	1	1,001	4,010	,047	,022
Error	43,677	175	,250			
Total	1727,516	186				
Corrected Total	51,265	185				

a. R Squared = ,148 (Adjusted R Squared = ,099)

## OUTPUTS - *CAPÍTULO 4*

### Estimated Marginal Means

#### EMP or Other

##### Estimates

Dependent Variable: BUESCE

EMP or Other	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
other	2,928 <sup>a</sup>	,052	2,825	3,031
EMP_COM	3,076 <sup>a</sup>	,052	2,973	3,179

a. Covariates appearing in the model are evaluated at the following values: Idade\_2012 = 40,63, Sexo = ,31, Alguma vez se encontrou em situação de sem-abrigo? = ,24, Alguma vez foi internado(a) num hospital para tratamento psiquiátrico? = ,74, Psicose Bipolar = ,15, Depressão Maior = ,07, Esquizofrenia = ,61, AbusoSubMedRecoded = ,3441, csi14\_total = 2,2346.

##### Pairwise Comparisons

Dependent Variable: BUESCE

(I) EMP or Other	(J) EMP or Other	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig. <sup>b</sup>	95% Confidence Interval
					Lower Bound
other	EMP_COM	-,148 <sup>*</sup>	,074	,047	-,294
EMP_COM	other	,148 <sup>*</sup>	,074	,047	,002

##### Pairwise Comparisons

Dependent Variable: BUESCE

(I) EMP or Other	(J) EMP or Other	95% Confidence Interval
		Upper Bound
other	EMP_COM	-,002
EMP_COM	other	,294

Based on estimated marginal means

\*. The mean difference is significant at the ,05 level.

b. Adjustment for multiple comparisons: Least Significant Difference (equivalent to no adjustments).

##### Univariate Tests

Dependent Variable: BUESCE

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Contrast	1,001	1	1,001	4,010	,047	,022
Error	43,677	175	,250			

The F tests the effect of EMP or Other. This test is based on the linearly independent pairwise comparisons among the estimated marginal means.

## OUTPUTS - CAPÍTULO 4

```
UNIANOVA CIQ_POR BY EMP_COM WITH Idade Sexo SemAbrigo Internamento Bipolar
  Depressão Esquizofrenia AbusoPlugged
  csi14_total
  /METHOD=SSTYPE(3)
  /INTERCEPT=INCLUDE
  /PRINT=ETASQ HOMOGENEITY DESCRIPTIVE
  /EMMEANS=TABLES(EMP_COM) WITH(Idade=MEAN Sexo=MEAN) COMPARE ADJ(LSD)
  /CRITERIA=ALPHA(.05)
  /DESIGN=Idade Sexo SemAbrigo Internamento Bipolar Depressão Esquizofreni
a AbusoPlugged
  csi14_total EMP_COM.
```

### Univariate Analysis of Variance

[DataSet1] C:\Users\maria\_monteiro\Documents\TESE\RELATÓRIO\ANEXOS outputs  
 \BD\_Geral\_5K\_36\_matched\_sampleEMP-COM.sav

#### Between-Subjects Factors

	Value Label	N
EMP or Other 0	other	93
1	EMP_COM	93

#### Descriptive Statistics

Dependent Variable: CIQ\_POR

EMP or Other	Mean	Std. Deviation	N
other	12,25	4,772	93
EMP_COM	13,95	3,913	93
Total	13,10	4,435	186

#### Levene's Test of Equality of Error Variances<sup>a</sup>

Dependent Variable: CIQ\_POR

F	df1	df2	Sig.
4,145	1	184	,043

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.

a. Design: Intercept + Idade + Sexo + SemAbrigo + Internamento + Bipolar + Depressão + Esquizofrenia + AbusoPlugged + csi14\_total + EMP\_COM

## OUTPUTS - CAPÍTULO 4

### Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable: CIQ\_POR

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Corrected Model	360,388 <sup>a</sup>	10	36,039	1,924	,045	,099
Intercept	735,996	1	735,996	39,294	,000	,183
Idade	6,811	1	6,811	,364	,547	,002
Sexo	101,070	1	101,070	5,396	,021	,030
SemAbrigo	11,526	1	11,526	,615	,434	,004
Internamento	25,612	1	25,612	1,367	,244	,008
Bipolar	1,340	1	1,340	,072	,789	,000
Depressão	48,736	1	48,736	2,602	,109	,015
Esquizofrenia	1,233	1	1,233	,066	,798	,000
AbusoPlugged	11,359	1	11,359	,606	,437	,003
csi14_total	4,445	1	4,445	,237	,627	,001
EMP_COM	108,937	1	108,937	5,816	,017	,032
Error	3277,870	175	18,731			
Total	35542,000	186				
Corrected Total	3638,258	185				

a. R Squared = ,099 (Adjusted R Squared = ,048)

### Estimated Marginal Means

#### EMP or Other

##### Estimates

Dependent Variable: CIQ\_POR

EMP or Other	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
other	12,326 <sup>a</sup>	,450	11,437	13,215
EMP_COM	13,868 <sup>a</sup>	,450	12,979	14,757

a. Covariates appearing in the model are evaluated at the following values: Idade\_2012 = 40,63, Sexo = ,31, Alguma vez se encontrou em situação de sem-abrigo? = ,24, Alguma vez foi internado(a) num hospital para tratamento psiquiátrico? = ,74, Psicose Bipolar = ,15, Depressão Maior = ,07, Esquizofrenia = ,61, AbusoSubMedRecoded = ,3441, csi14\_total = 2,2346.

## OUTPUTS - CAPÍTULO 4

### Pairwise Comparisons

Dependent Variable: CIQ\_POR

(I) EMP or Other	(J) EMP or Other	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig. <sup>b</sup>	95% Confidence Int...
					Lower Bound
other	EMP_COM	-1,542*	,639	,017	-2,804
EMP_COM	other	1,542*	,639	,017	,280

### Pairwise Comparisons

Dependent Variable: CIQ\_POR

(I) EMP or Other	(J) EMP or Other	95% Confidence Int...
		Upper Bound
other	EMP_COM	-,280
EMP_COM	other	2,804

Based on estimated marginal means

\*. The mean difference is significant at the ,05 level.

b. Adjustment for multiple comparisons: Least Significant Difference (equivalent to no adjustments).

### Univariate Tests

Dependent Variable: CIQ\_POR

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Contrast	108,937	1	108,937	5,816	,017	,032
Error	3277,870	175	18,731			

The F tests the effect of EMP or Other. This test is based on the linearly independent pairwise comparisons among the estimated marginal means.

UNIANOVA RASNDS BY EMP\_COM WITH Idade Sexo SemAbrigo Internamento Bipolar  
Depressão Esquizofrenia AbusoPlugged

cs14\_total

/METHOD=SSTYPE(3)

/INTERCEPT=INCLUDE

/PRINT=ETASQ HOMOGENEITY DESCRIPTIVE

/EMMEANS=TABLES(EMP\_COM) WITH(Idade=MEAN Sexo=MEAN) COMPARE ADJ(LSD)

/CRITERIA=ALPHA(.05)

/DESIGN=Idade Sexo SemAbrigo Internamento Bipolar Depressão Esquizofreni

a AbusoPlugged

cs14\_total EMP\_COM.

### Univariate Analysis of Variance

[DataSet1] C:\Users\maria\_monteiro\Documents\TESE\RELATÓRIO\ANEXOS outputs  
\BD\_Geral\_5K\_36\_matched\_sampleEMP-COM.sav

## OUTPUTS - *CAPÍTULO 4*

### Between-Subjects Factors

	Value Label	N
EMP or Other 0	other	93
1	EMP_COM	93

### Descriptive Statistics

Dependent Variable: RASNDS

EMP or Other	Mean	Std. Deviation	N
other	3,5609	,75573	93
EMP_COM	3,5484	,78888	93
Total	3,5547	,77042	186

### Levene's Test of Equality of Error Variances<sup>a</sup>

Dependent Variable: RASNDS

F	df1	df2	Sig.
,090	1	184	,764

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.

a. Design: Intercept + Idade + Sexo + SemAbrigo + Internamento + Bipolar + Depressão + Esquizofrenia + AbusoPlugged + csi14\_total + EMP\_COM

### Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable: RASNDS

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Corrected Model	14,825 <sup>a</sup>	10	1,482	2,731	,004	,135
Intercept	84,939	1	84,939	156,499	,000	,472
Idade	,686	1	,686	1,263	,263	,007
Sexo	,536	1	,536	,988	,322	,006
SemAbrigo	1,752	1	1,752	3,228	,074	,018
Internamento	1,217	1	1,217	2,242	,136	,013
Bipolar	,145	1	,145	,266	,606	,002
Depressão	1,879	1	1,879	3,463	,064	,019
Esquizofrenia	,410	1	,410	,755	,386	,004
AbusoPlugged	,159	1	,159	,293	,589	,002
csi14_total	5,548	1	5,548	10,223	,002	,055
EMP_COM	,004	1	,004	,007	,933	,000
Error	94,981	175	,543			
Total	2460,028	186				
Corrected Total	109,805	185				

a. R Squared = ,135 (Adjusted R Squared = ,086)

## OUTPUTS - CAPÍTULO 4

### Estimated Marginal Means

#### EMP or Other

##### Estimates

Dependent Variable: RASNDS

EMP or Other	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
other	3,559 <sup>a</sup>	,077	3,408	3,711
EMP_COM	3,550 <sup>a</sup>	,077	3,399	3,701

a. Covariates appearing in the model are evaluated at the following values: Idade\_2012 = 40,63, Sexo = ,31, Alguma vez se encontrou em situação de sem-abrigo? = ,24, Alguma vez foi internado(a) num hospital para tratamento psiquiátrico? = ,74, Psicose Bipolar = ,15, Depressão Maior = ,07, Esquizofrenia = ,61, AbusoSubMedRecoded = ,3441, csi14\_total = 2,2346.

##### Pairwise Comparisons

Dependent Variable: RASNDS

(I) EMP or Other	(J) EMP or Other	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig. <sup>a</sup>	95% Confidence Int...
					Lower Bound
other	EMP_COM	,009	,109	,933	-,206
EMP_COM	other	-,009	,109	,933	-,224

##### Pairwise Comparisons

Dependent Variable: RASNDS

(I) EMP or Other	(J) EMP or Other	95% Confidence Int...
		Upper Bound
other	EMP_COM	,224
EMP_COM	other	,206

Based on estimated marginal means

a. Adjustment for multiple comparisons: Least Significant Difference (equivalent to no adjustments).

##### Univariate Tests

Dependent Variable: RASNDS

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Contrast	,004	1	,004	,007	,933	,000
Error	94,981	175	,543			

The F tests the effect of EMP or Other. This test is based on the linearly independent pairwise comparisons among the estimated marginal means.

T-TEST GROUPS=EMP\_COM(0 1)

## OUTPUTS - *CAPÍTULO 4*

```

/MISSING=ANALYSIS
/VARIABLES=csi14_total
/CRITERIA=CI (.95) .
    
```

### T-Test

[DataSet1] C:\Users\maria\_monteiro\Documents\TESE\RELATÓRIO\ANEXOS outputs  
\BD\_Geral\_5K\_36\_matched\_sampleEMP-COM.sav

#### Group Statistics

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
csi14_total	EMP or Other other	93	2,1713	,82363	,08541
	EMP_COM	93	2,2980	,81731	,08475

#### Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means	
		F	Sig.	t	df
csi14_total	Equal variances assumed	,012	,914	-1,053	184
	Equal variances not assumed			-1,053	183,989

#### Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
csi14_total	Equal variances assumed	,294	-,12673	,12032
	Equal variances not assumed	,294	-,12673	,12032

#### Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means	
		95% Confidence Interval of the Difference	
		Lower	Upper
csi14_total	Equal variances assumed	-,36411	,11066
	Equal variances not assumed	-,36411	,11066

## OUTPUTS - *CAPÍTULO 4*

```
UNIANOVA CIQ_POR BY Live_with
  /METHOD=SSTYPE(3)
  /INTERCEPT=INCLUDE
  /POSTHOC=Live_with(LSD)
  /PRINT=OPOWER ETASQ HOMOGENEITY DESCRIPTIVE
  /CRITERIA=ALPHA(.05)
  /DESIGN=Live_with.
```

### Univariate Analysis of Variance

[DataSet1] C:\Users\maria\_monteiro\Dropbox\mfjm\BD\_Geral\_5K\_36\_matched\_sampleEMP-COM.sav

#### Between-Subjects Factors

	Value Label	N
Com quem vive 1	Alone, partner or children	39
2	Family	100
3	Others (no family)	47

#### Descriptive Statistics

Dependent Variable: CIQ\_POR

Com quem vive	Mean	Std. Deviation	N
Alone, partner or children	16,51	4,424	39
Family	12,42	4,075	100
Others (no family)	11,70	3,782	47
Total	13,10	4,435	186

#### Levene's Test of Equality of Error Variances<sup>a</sup>

Dependent Variable: CIQ\_POR

F	df1	df2	Sig.
,673	2	183	,511

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.

a. Design: Intercept + Live\_with

#### Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable: CIQ\_POR

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Corrected Model	592,325 <sup>a</sup>	2	296,162	17,793	,000	,163
Intercept	29010,331	1	29010,331	1742,944	,000	,905
Live_with	592,325	2	296,162	17,793	,000	,163
Error	3045,933	183	16,644			
Total	35542,000	186				
Corrected Total	3638,258	185				

## OUTPUTS - CAPÍTULO 4

### Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable: CIQ\_POR

Source	Noncent. Parameter	Observed Power <sup>b</sup>
Corrected Model	35,587	1,000
Intercept	1742,944	1,000
Live_with	35,587	1,000
Error		
Total		
Corrected Total		

a. R Squared = ,163 (Adjusted R Squared = ,154)

b. Computed using alpha = ,05

### Post Hoc Tests

#### Com quem vive

##### Multiple Comparisons

Dependent Variable: CIQ\_POR

LSD

(I) Com quem vive	(J) Com quem vive	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.
Alone, partner or children	Family	4,09 <sup>*</sup>	,770	,000
	Others (no family)	4,81 <sup>*</sup>	,884	,000
Family	Alone, partner or children	-4,09 <sup>*</sup>	,770	,000
	Others (no family)	,72	,722	,321
Others (no family)	Alone, partner or children	-4,81 <sup>*</sup>	,884	,000
	Family	-,72	,722	,321

##### Multiple Comparisons

Dependent Variable: CIQ\_POR

LSD

(I) Com quem vive	(J) Com quem vive	95% Confidence Interval	
		Lower Bound	Upper Bound
Alone, partner or children	Family	2,57	5,61
	Others (no family)	3,07	6,55
Family	Alone, partner or children	-5,61	-2,57
	Others (no family)	-,71	2,14
Others (no family)	Alone, partner or children	-6,55	-3,07
	Family	-2,14	,71

Based on observed means.

The error term is Mean Square(Error) = 16,644.

\*. The mean difference is significant at the ,05 level.



Anexo 6  
Investigação paralela relacionada com o Estudo



O efeito da orientação para o recovery em organizações de saúde mental  
comunitária nos conhecimentos de recovery dos profissionais: Estudo multi-método

Jorge-Monteiro, M. F.; Henriques, V. & Ornelas, J. H.

ISPA, Instituto Universitário

Correspondência para:

Maria F. Jorge-Monteiro

Adress: Rua Jardim do Tabaco, 34, 1149-041, Lisboa, Portugal

Email: [maria\\_monteiro@ispa.pt](mailto:maria_monteiro@ispa.pt)

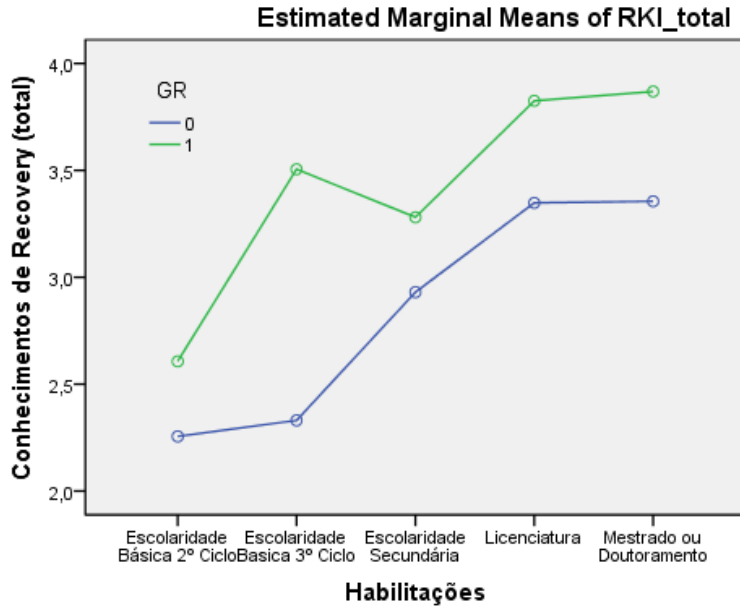


Quadro 1

*Descrição de 72 profissionais de OSMC<sup>a</sup>, por modelo de intervenção (recovery vs reabilitação)*

Característica	Total	Grupo 1	Grupo 2	$X^2$	df	p
	(N = 72)	(N = 40)	(N = 32)			
	N (%)	N (%)	N (%)			
Idade				1.08	3	.782
18 - 25	6 (8.3)	3 (7.5)	3 (9.4)			
26 - 35	31 (43.1)	17 (42.5)	14 (43.8)			
36 - 45	20 (27.8)	10 (25.0)	10 (31.3)			
> 45 anos	15 (20.8)	10 (25.0)	5 (15.6)			
Sexo				2.34	1	.186
Mulher	52 (72.2)	26 (65.0)	26 (81.3)			
Homem	20 (27.8)	14 (35.0)	6 (18.8)			
Anos na OSMC				12.25	4	.016
< 1 ano	11 (15.3)	8 (20.0)	3 (9.4)			
1 – 3	15 (20.8)	12 (30.0)	3 (9.4)			
4 – 5	8 (11.1)	6 (15.0)	2 (6.3)			
6 – 8	13 (18.1)	6 (15.0)	7 (21.9)			
> 8 anos	25 (34.7)	8 (20.0)	17 (53.1)			
Habilitações				7.71	4	.103
Básico ou Secundário	16 (22.2)	7 (17.5)	9 (28.1)			
Licenciatura	38 (52.8)	18 (45.0)	20 (62.5)			
Mestrado ou Doutoramento	18 (25.0)	15 (37.5)	3 (9.4)			

<sup>a</sup> OSMC = organizações de saúde mental comunitária



Covariates appearing in the model are evaluated at the following values: Sexo = ,72, Idade = 2,61

Figura 1 – Conhecimentos totais de recovery dos profissionais do Grupo Recovery vs. Grupo Reabilitação nos diferentes graus de escolaridade depois de contabilizado o efeito das covariáveis sexo e idade. Não se observou interação significativa entre os factores Grupo (modelo intervenção) e Habilitações.

## Quadro 2

*Características de 10 participantes na entrevista qualitativa (história de António)*

Característica	Total	Estatística	
	(N = 10)	M	DP
Idade		34.8	8.5
Sexo			
Mulher	8 (80.0)		
Homem	2 (20.0)		
Anos na OSMC		7.30	3.9
Habilitações			
Básico ou Secundário	1 (10.0)		
Licenciatura	7 (70.0)		
Mestrado ou			
Doutoramento	2 (20.0)		

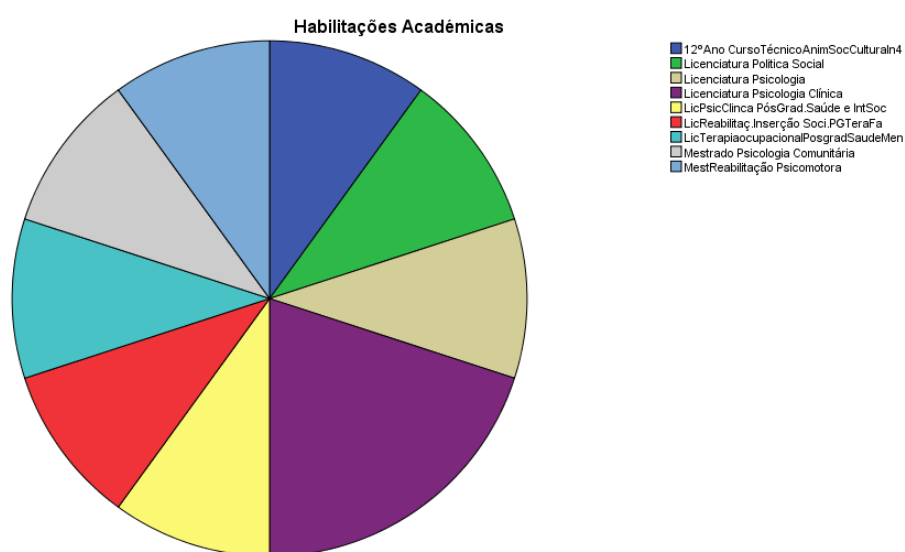


Figura 2 – Áreas de formação no âmbito das habilitações escolares dos entrevistados

(anexo ao guião de entrevista dos técnicos das organizações)

António, 30 anos

António, de 30 anos de idade, estudou até ao 1º ano da licenciatura de Direito, auferiu pensão social, vive em casa dos familiares, mãe e pai, já reformados.

Adoeceu com 18 anos, foi internado por duas vezes, foi diagnosticado com doença mental, esquizofrenia, toma medicação psiquiátrica, tem acompanhamento psiquiátrico na consulta do hospital.

Entretanto, frequentou e concluiu 1 curso de formação profissional subsidiado.

Atualmente, António, passa os dias por casa, no seu quarto, ou vendo televisão na sala. Uma ou outra vez por semana acompanha a mãe para a ajudar nas compras de supermercado semanais.

Neste momento, tanto António como os pais estão bastante apreensivos quanto ao seu futuro e sobre quem o apoiará na sua ausência. António também deseja estar mais ativo, conhecer pessoas e sentir-se realizado.

Na consulta, tiveram conhecimento da Associação, e contactaram para pedir ajuda.

1. Perante esta situação de uma pessoa com doença mental [ler história] e considerando tudo o que foi referido, qual seria a proposta de processo de intervenção nesta Associação?

ORGANIZAÇÃO – A

Orientação de Recovery - Valores, Objectivos e Práticas

Orientação de Reabilitação - Valores Objectivos Práticas

Modelo de Recovery

T11 história	T12 história
<p>“Agora, e depois envolver o pai e a mãe também, como aquela relação familiar que há pouco falávamos... para o apoiar aqui também ao nível do suporte mais natural, para o apoiar na definição deste objetivo. E então, em que área é que nós vamos avançar. Convidando sempre o António a participar integralmente na Associação, e a fazer parte deste grupo de pessoas, deste movimento... enfim, de forma faseada, se fosse esse se fosse esse o objetivo dele. Mas conhecer também a nossa associação e os outros serviços de apoio. Porque ele está activo, está motivado, quer conhecer pessoas. E portanto, pode também colaborar aqui noutras actividades e que o ajudem a consolidar a ideia que tem. E a desenvolver a ideia que tem.”</p>	<p>“Eu acho que a Associação tem, tem um trabalho muito completo a vários níveis, quer dizer, a nível das escolas, do emprego, da habitação eu penso que, eu acho que não, eu acho que, do meu ponto de vista, não, não me recordo assim de algum participante, a não ser pormenores dentro dessas mesmas actividades vão sempre, sempre melhorando. Eu acho que numa forma geral a intervenção da Associação é muito global, é muito completa.”</p>
<p>“Perceber se no âmbito, da área da educação apoiada fazia sentido, e se esse fosse um objetivo dele voltar a estudar, uma bolsa de estudo, desbloquear de algum apoio para voltar à faculdade. Portanto, ver aqui que tipo de apoios sociais é que o António poderia ... requerer juntamente connosco, para apoiar aqui o regresso à faculdade. Por outro lado se o António não tiver intenções de voltar a estudar. Porque isso acontece, nós também temos ...”</p>	<p>“Pronto, numa primeira fase eu acho que era importante ele frequentar a Associação, integrar-se, conhecer aqui o grupo e os colegas e à medida que se fosse integrando iríamos planear em conjunto com ele um projecto mais concreto, ou regressar à escola, ou outro projecto que ele próprio me fosse, me fosse apresentar, ou seja, como nós não temos...”</p>
<p>“- Tendo em conta que ele tem um curso de formação, tentar perceber se passa mais por uma, por uma ideia de trabalhar. Um estágio com base na formação que fez, na área que fez. Portanto, como já tem alguma experiência nessa área, pensar se quer adaptá-la a um contexto profissional. Se não for bem essa a área que o António deseja, então pensar com ele ... se, enfim, desejaria uma outra formação e tentarmos pensar e pesquisar na comunidade que tipo de formação, de formações é que estão a decorrer. Portanto, não só nas entidades formadoras com quem colaboramos, mas noutras também. Pensar noutras hipóteses. Portanto, fazer uma pesquisa com o António, ver que tipo de, que tipos de formação é que estão a acontecer agora e se seria uma vantagem para ele e um interesse.”</p>	
<p>- Portanto, ele pode manter a pensão que tem e trabalhar, era uma questão depois de aprofundarmos isso. E se o “António quiser ter um salário, ser mais in até autónomo, do pai e da mãe, então pensarmos numa, num estágio ... ou numa possibilidade até de contratação direta...Enfim, tendo em conta aqui que ele não tem se calhar muita experiência profissional, se calhar teria mais algumas dificuldades em encontrar trabalho directo. Não sei, também, talvez poder por em cima da mesa a possibilidade de ele fazer um estágio financiado pelo IEFP ... para aqui, adquirir mais algumas competências profissionais e depois então, se calhar a longo prazo concorrer para um local de trabalho...”</p>	
<p>“Nomeadamente, o direito. Se o direito não é uma opção, e e vamos então pensar aqui na experiência que ele teve, a nível de profissional. E se isso poderia ser adaptado para um contexto profissional... Senão,</p>	

ORGANIZAÇÃO – A

Orientação de Recovery - Valores, Objectivos e Práticas

Orientação de Reabilitação - Valores Objectivos Práticas

<p>enfim, se o desejo dele for uma outra área, qual é que é essa área então, fazermos pesquisas, irmos à comunidade e procurar que tipo de formações é que existem neste momento que estão a começar, ou que estão brevemente a começar. Se ainda assim, o António não não não encontrar nada que lhe agrada, juntamente com a equipa, então pensarmos numa possibilidade de estágio numa área que ele vai designar, e que vai decidir para si próprio ...”</p>	
<p>“Sabendo à partida que o António, quer dizer a proposta iria ser feita com ele, não é. Portanto, não não havia já, não havia, nem é suposto haver uma uma proposta da parte da equipa técnica Porque a ideia é que seja também o António a perceber, juntamente connosco aquilo que quer fazer.”</p> <p>“Seria aqui perceber se um dos objetivos seria voltar a estudar ou continuar aqui a sua formação em direito.”</p> <p>“Portanto, acho que era perguntar ao António aqui e com base naquilo que é o nosso modelo, se os objetivos anteriores são, enfim, desejáveis para ele continuar.”</p>	<p>“...primeiro iria tentar conhecer o António, perceber quem é o António, quais eram os interesses do António, talvez a minha questão no início fosse, fosse focalizada. A primeira questão, primeiro tentava conhecer o António, perceber quais eram os interesses do António, perguntar-lhe-ia talvez, numa primeira fase, se ele não, não gostaria de terminar o seu curso, uma vez que estava no primeiro ano ou então se não gostaria de regressar à escola noutra curso, noutra área.”</p> <p>“...o apoio aqui é muito individualizado, nós vamos um bocadinho ao encontro daquilo que vamos conhecendo da pessoa que, que surge, que aparece cá e não ao contrário, não termos preparado para ele um conjunto de ideias para, para lhe dar mas ao contrário, ele é que nos vai dar um conjunto de ideias e de interesses e de gostos que tem para depois conseguirmos planear em conjunto essa intervenção. Até o planeamento de intervenção é colaborativo.”</p>

ORGANIZAÇÃO – B

Orientação de Recovery - Valores, Objectivos e Práticas

Orientação de Reabilitação - Valores Objectivos Práticas

Modelo de Recovery	
T13_história	T14_história
	<p>“...provavelmente o projecto XXX, tendo em conta a idade e as competências que, de fazer o curso de formação, frequência universitária, se calhar seria um bom elemento por exemplo para o nosso projecto XXX que tem a haver com a intervenção na comunidade, com trabalho na comunidade, obvio que tudo isto teria tempos, não seria assim tudo tão seguido...”</p>
<p>“...portanto e proporíamos-lhe possivelmente, se calhar não frequentar o fórum todos os dias, mas, imagine 3 vezes por semana, ou só as manhãs, ou o que for e nos outros momentos, ir canalizando o António para alguma procura na comunidade. Por exemplo, tem a terça-feira livre, então esta terça-feira pode ir ao Centro de Emprego, pode ir aqui, pode ir ali... Portanto, preparar com ele antes, não é? E ver com ele isto, no, no, no dia a seguir. E um rapaz tão novo, seria com certeza objectivo daí a 6 meses, por exemplo, poder ingressar num projecto por exemplo como, como este...”</p> <p>“Pronto, então podemos pensar que é numa área que nos interessa para o caso, e uma vez que nós temos esta, este, este, esta parceria com a loja de móveis e decoração e lá há uma série de, de, de profissões lá dentro, possivelmente podia ser um início de, de, de trabalho para este, para este rapaz.”</p>	
<p>“Provavelmente, o António queria ir trabalhar porque é um rapaz novo, e então pensaríamos com ele, o que é que era importante para ele ir trabalhar, em termos pessoais, o que é que ele tinha.”</p>	<p>“...posto isto iria ser negociado com o António, um horário com o qual ele se identificasse...”</p>

ORGANIZAÇÃO – B

Orientação de Recovery - Valores, Objectivos e Práticas

Orientação de Reabilitação - Valores Objectivos Práticas

Modelo de Reabilitação	
T13_história	T14_história
<p>“Entretanto já tinha estado um mês com pessoas, uma das coisas que se diz na história é que ele se sente sozinho e que quer estar com pessoas e isso é, é imensamente importante para as relações interpessoais, muito importante e aqui são quase relações interpessoais...”</p>	
	<p>“...1º era, que nós temos sempre que é frequentar o fórum e experimentar todas as actividades que nós temos para oferecer...”</p>
<p>“...estar um mês à experiência, em que pudesse passar por todo o tipo de actividades que aqui se beneficia. Ao final desse mês, e às vezes é um bocadinho antes, às vezes é depois, é só um tempo mais ou menos aproximado, conversaremos com o António e delinearíamos aí o seu projecto de vida...”</p>	<p>“...e qual a equipa achasse que seria o mais indicado para o António e provavelmente, sempre vendo o período de adaptação e de aquisição mais de adaptação aqui à instituição...”</p> <p>“Se calhar temos que repensar também um bocadinho na nossa intervenção a este nível porque uma pessoa com 60 anos ... é sempre diferente e neste caso seria um estímulo extra a idade e o potencial que poderia ter esta pessoa...”</p>

ORGANIZAÇÃO – C

Orientação de Recovery - Valores, Objectivos e Práticas

Orientação de Reabilitação - Valores Objectivos Práticas

Modelo de Recovery	
T15 história	T16 história
	<p>"Portanto, o primeiro, o primeiromomento, digamos assim, em termos de, de procedimentos até seria realmente uma, um momento de reunião, de, de encontro com o António. Para tentar perceber através do próprio e de forma, portanto, mais pormenorizada, mais rica, quais são as suas expectativas, quais são as suas ambições, quais são os seus projectos de futuro, se realmente esses projectos, pelos vistos, e pela descriçãoque fez, existem ambições não é? Existem ambições/sonhos e tentar perceber se há aqui uma congruência, também entre as suas ambiçõeseas suas preocupações, que é no caso, realmente o vir a perder o apoio que, que lhe é prestado pelos pais. Mas, num primeiro momento perceber, perceber quais são as expectativas, o que é que António, o que é que o António deseja, o que é que o António ambiciona, quais são, qual a leitura que ele faz das suas próprias capacidades, conhecer de facto, de forma mais rica a história de vida do António e o seu quotidiano, para também tentar perceber, quais são as suas competências, quaisas, quais são as suas necessidades mais específicas, tendo em conta as suas expectativas e os seus, seus desejos para o futuro. E portanto, apartir daí fazer, portanto, o aconselhamento no sentido das respostas que existem na instituição não é?"</p>
	<p>"E portanto, ingressar num curso de formação profissional para tentar uma reintegração laboral. Portanto, depois o encaminhamento seria mesmo, muito de acordo com as expectativas do António, pelo menos neste momento, não é?"</p>
	<p>"Não quer dizer que, ao longo com o convívio e com, com a proximidade depois, profissional, que não haja abertura para, para mudanças. Na medida, que também o António, porque muitas dessas pessoas chegam-nos com ... com... com, muitapouca capacidade de olhar para as suas competências e, e muitas delas têm muitas competências. E, e no primeiro momento, portanto, acabam por ser mais humildes, digamos assim, nas suas as suas expectativas, não é? E há medida que avançam no tempo e que vão ganhando algumas competências de autonomia, de organização da vida diária, vão percebendo que podem mais, e por isso desejam mais e querem mais. Portanto, acho que seria sempreautadapor perceber quais sãoos interesses, quais são as expectativas do António, quais são as competências, que neste momento ele apresenta e, ea partir daí então... Numa, numa, numa discussão, numa, numa conversa que procurasse de facto, fazer com que o António desse o mais de si em termos de, daquilo que são os seus desejos e os seus interesses. Fazer o encaminhamento."</p>

ORGANIZAÇÃO – C

Orientação de Recovery - Valores, Objectivos e Práticas

Orientação de Reabilitação - Valores Objectivos Práticas

Modelo de Reabilitação	
T15 história	T16 história
“Para já, para já, seria entrar para o fórum socio-ocupacional, para já faria uma integração no fórum socio-ocupacional para o ocupar, para lhe dar, se calhar o que ele precisa, que é ocupação, ele estar trancado em casa não é nada bom e potencia coisas muito negativas, não é?”	
“...no fórum ou seguir um curso de formação profissional na área em que ele preferir, pode ser na jardinagem, existe aqui jardinagem ou, ou técnicas de secretariado ou por assim.	
“...no caso do falecimento dos pais teria que ser integrado numa residência, não poderia ficar sozinho ou então que outros familiares, família que tomasse conta dele e que não deixasse de, de frequentar o nosso fórum ou a nossa formação, assim, seriam essas as saídas assim por alto que eu lhe daria.	
“Se ele fosse integrado dentro do fórum aí seria feito um plano de desenvolvimento individual segundo as suas capacidades e era sobre isso que nós depois trabalhávamos.	
“...os pais ainda estão vivos, ainda pode ir para casa, tem quem cuide dele, mais tarde, depois...”	

ORGANIZAÇÃO – D

Orientação de Recovery - Valores, Objectivos e Práticas

Orientação de Reabilitação - Valores Objectivos Práticas

Modelo de Recovery	
T17 história	T18 história
<p>“E depois se calhar estando isso um bocadinho interiorizado tentar uma vez que fez formação profissional e tem algumas habilitações literárias, tentar se calhar, ou outra formação que pudesse apoiar depois na inserção no mercado de trabalho, tentar fazer também com ele uma procura de emprego, através do centro de emprego etc , para, para pretender uma inserção laboral, que seria também muito importante para a recuperação...”</p>	

Modelo de Reabilitação	
T17 história	T18 história
<p>“É muito importante manter os seus hábitos, mas trabalhar aqui a socialização e outras rotinas e hábitos com vista depois à sua inserção no mercado de trabalho, se fosse possível, não é?”</p>	<p>“Ok, pois, naturalmente o que seria proposto à família era ele integrar o fórum sócio ocupacional.”</p>
<p>“O que poderíamos propor seria a integração no fórum para trabalhar a socialização, adquirir uma serie de competências, desde rotinas, horários, participar nas actividade de vida diária, estar mais activo, como a propria pessoa pretendia.”</p> <p>“...mas para já, acho que passaria só por fórum, poderia manter a ligação familiar, não é? Enquanto ela existe...”</p>	<p>“A família que está também preocupada, como a maior parte das famílias estão preocupadas com, com o futuro da, da pessoa, e enfim, eu pessoalmente digo sempre as famílias que a pessoa será sempre acompanhada enquanto a associação existir, quer através da, da gestão dos seus bens, ou da ajuda da gestão dos seus bens, como está a acontecer em alguns casos, pelo menos dois se não me engano, quer através da, do acompanhamento do dia-a-dia, da residência, do lugar da residência, da alimentação, independentemente de ser ou não na instituição essa residência. Portanto o que nós temos feito, uma vez que não temos vagas disponíveis, é ajudar o utente a procurar um quarto, e isso tem resultado, tem funcionado. É. Bom seria essa, seria essa a resposta que seria dada a família certamente.”</p>

ORGANIZAÇÃO – E

Orientação de Recovery - Valores, Objectivos e Práticas

Orientação de Reabilitação - Valores Objectivos Práticas

Modelo de Reabilitação	
T19 história	T10 história
<p>“Ou sei lá, ou família mais alargada ter disponibilidade para o receber, ou então em, uma, uma integração numa residência ou em última análise, que é a que eu gosto menos, sinceramente, são aquelas integrações ditas definitivas, não é, mas que às vezes não há outra solução.”</p>	
<p>“À partida, se ele tivesse motivado, integraria aqui o fórum. Teria um período experimental de um mês. Porque, disse que o diagnóstico era esquizofrenia. Portanto, não tinha mais nada associado, seria um mês. Nesse mês, o António teria que experimentar todas as actividades do programa. Para quê? Para, no final do mês, escolher as actividades que gostasse mais, porque cada um do, do, do, dos participantes aqui do, do fórum tem o seu horário.”</p> <p>“Mas, isso depende muito do, do caso... Pronto, o António passaria a frequentar aqui o fórum, as actividades depois ficariam ao critério dele.”</p>	<p>“Uma vez que já tem uma formação profissional poderia propor-se a integrar os fóruns, o fórum socio ocupacional e possivelmente... e não refere nada em relação às actividades de vida diária, mas a questão da autonomia...”</p> <p>“...se calhar tentar integrá-lo numa residência para ir trabalhando aqui algumas questões de gestão doméstica, pensado aqui num futuro mais tarde, não é? Para preparar também o futuro.</p> <p>“...reunir-se as condições e os critérios necessários para ir pensar-se em integrá-lo profissionalmente ou temos também agora os protocolos novos das actividades socialmente úteis que durante algum tempo...”</p> <p>“Então, partindo se calhar do pressuposto que nunca tenha trabalhado, talvez tentar fazer dentro da área de formação dele, um protocolo com uma empresa de actividades socialmente úteis, e tentar desenvolver aqui algum trabalho e hábitos e rotinas de trabalho e depois de futuro tentar mesmo arranjar-lhe um emprego dentro dessa área, em paralelo poderia estar numa residência também, pelo trabalho e treino da autonomia.”</p>

ORGANIZAÇÃO – E

Orientação de Recovery - Valores, Objectivos e Práticas

Orientação de Reabilitação - Valores Objectivos Práticas

Modelo de Recovery	
T19 história	T10 história
<p>“O António, depois teríamos que ver em termos de objectivos, quais eram os objectivos dele.”</p> <p>“Seria, então procurar soluções praí. Ou o António ser capaz de, de ficar sozinho em casa, mantendo a gestão do seu dia-a-dia, a gestão do seu dinheiro e da sua medicação sozinho. Ou ponderar a possibilidade de sei lá, dividir a casa com alguém, com outro, outro colega que até poderia ser colega do fórum ou tal, talvez não.”</p>	
<p>“Não têm todos o mesmo horário das nove às cinco, nem pouco mais ou menos.”</p>	
<p>“Eles participam nas actividades que escolhem, em que se sentem mais preenchidos, que acham mais úteis.”</p>	

